FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° 79

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph HAGE

Né à Kaitoulieh (Liban) le 11 février 1900

Les Vomissements incoercibles de la Grossesse sont-ils toujours d'origine pithiatique ?

Importance de la Psychothérapie

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph HAGE

Né à Kaitoulieh (Liban) le 11 février 1900

Les Vomissements incoercibles de la Grossesse sont-ils toujours d'origine pithiatique ?

Importance de la Psychothérapie

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
VILLARET . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CHERS MAITRES

LES FRÈRES DE SAINTE-CATHERINE (Alexandrie)

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

En lui exprimant notre profonde reconnaissance pour son enseignement à la Clinique Tarnier ; en le remerciant de nous avoir confié ce travail et en témoignage de vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur CHAUFFARD (Saint-Antoine, 1922-1923).

M. le Professeur LEJARS (Saint-Antoine, 1923).

M. le Docteur BENSAUDE (Saint-Antoine, 1923-1924).

M. le Docteur RIEFFEL (Saint-Louis, 1924).

M. le Docteur CHIFOLIAU (Saint-Louis, 1924-1925).

M. le Professeur GUILLAIN (Salpêtrière, 1925-1926).

M. le Docteur LÉCHELLE (Salpêtrière, 1926).

M. le Docteur MACÉ (Hôtel-Dieu, 1926-1927).

M. le Docteur MONIER-VINARD (Andral, 1927).

M. le Professeur BRINDEAU (Clinique Tarnier, 1927-1928).

A MM. les Docteurs BRODIN, WOLFF, CAIN, CHIRIÉ, OURY, GUELFUCCI, DE GIRAC, THEVENARD, PERISSON, LANTUÉJOUL, DESOUBRY, COURTOIS.

Les Vomissements incoercibles de la Grossesse sont-ils toujours d'origine pithiatique ?

Importance de la Psychothérapie

INTRODUCTION

Une année d'externat à la Maternité de l'Hôtel-Dieu dans le Service de notre maître, le Docteur Macé nous avait permis d'observer 2 cas de vomissements incoercibles de la grossesse où dès le début l'isolement produisit un effet remarquable.

Comme depuis trois ans, nous suivions avec assiduité l'enseignement de la Clinique Tarnier, nous avons été très heureux d'apprendre que M. Lantuéjoul allait consacrer une leçon spéciale du jeudi soir sur les vomissements graves de la grossesse et la psychothérapie.

A partir de ce jour, nous avons été définitivement persuadés de la fragilité de la théorie de l'auto-intoxication gravidique et de l'importance du pithiatisme dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

En décembre 1927 et en janvier 1928, plusieurs femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles furent adressées à la Clinique Tarnier et lorsque nous avons constaté que ces malades qui vomissaient depuis plusieurs semaines, ne vomissaient plus dès la première séance de psychothérapie après isolement préalable, nous n'avons plus eu de doute sur l'exclusivité du pithiatisme dans la production des vomissements incoercibles de la grossesse.

Dans ce travail, après un bref historique, nous passerons rapidement en revue les principales conceptions pathogé-

niques des vomissements graves de la grossesse en insistant surtout sur la théorie nerveuse dont nous avons essayé de faire un historique aussi complet que possible.

Nous ferons de notre mieux pour mettre en évidence les arguments qui plaident en faveur du pithiatisme et démontrer que tous les signes dits d'intoxication ne sont que des signes de déshydratation et d'inanition de l'organisme, et nous terminerons, avec une trentaine d'observations à l'appui, en montrant que de tout l'arsenal thérapeutique dressé contre les vomissements incoercibles de la grossesse, nous ne devons retenir en dehors de l'isolement et de la psychothérapie qu'un seul traitement, celui de la réhydratation intensive de l'organisme.

HISTORIQUE. ÉVOLUTION DES DIVERSES CONCEPTIONS PATHOLOGIQUES

Les vomissements incoercibles constituent une des complications les plus graves de la grossesse. L'évolution clinique de cette redoutable affection est dominée par la crainte de l'apparition de signes « dits d'intoxication » d'un mauvais pronostic qui nécessitent souvent l'avortement thérapeutique.

Cette affection a été décrite anciennement par Paul d'Egine sous le nom de « Vomitus Aciduus ». Elle a été signalée par Guillemeau (1) en 1649 qui tout en ne rejetant pas l'hypothèse des « humeurs accumulées dans l'estomac à la suite de la rétention des menstrues » admise par Aristote et les médecins grecs, tend néanmoins à entrevoir dans le mécanisme du vomissement un acte réflexe. « La cause de tel accident, dit-il, ne vient que par trop grande abondance des humeurs s'accumulant dans l'estomac dont les nerfs ont intelligence et trafic avec l'estomac ».

Les anciens accoucheurs, Meauriceau, de la Motte avaient déjà remarqué les rapports fonctionnels qui existent entre l'utérus et les voies digestives. « Il y a commerce, disait Meauriceau entre la matrice et l'estomac ».

P. Dubois a étudié les vomissements graves de la grossesse en détail en 1848. Sa description clinique divisée en trois périodes demeure toujours classique et actuellement elle est acceptée par la plupart des auteurs.

Guéniot en 1863, consacre sa thèse d'agrégation aux vomissements incoercibles dont il fit un historique complet et une étude très minutieuse.

Par la suite un grand nombre d'auteurs voulant pénétrer la cause intime des vomissements graves de la grossesse

1. Guillemeau, *Œuvres de Chirurgie.*

firent appel à l'anatomie pathologique ; mais toutes ces recherches n'ont abouti à aucun résultat satisfaisant.

Il serait vraiment puéril de citer toutes les causes que les auteurs ont fait intervenir dans le déterminisme des vomissements incoercibles de la grossesse. La plupart des lésions des voies digestives, de l'utérus et de ses annexes, un grand nombre de lésions hépatiques, cardiaques, pulmonaires, rénales ; des lésions du système nerveux, l'albuminurie, le diabète, l'arthritisme, voire même les varices des membres inférieurs en un mot un grand nombre des chapitres de l'anatomie pathologique ont été incriminés tour à tour dans la production des vomissements incoercibles de la grossesse.

Pinard et de nombreux auteurs pensent que dans la plupart des cas, ces lésions n'ont aucune action sur la production des vomissements, il n'y a là qu'une affaire de coïncidence. Mais avec nos maîtres Brindeau et Lantuéjoul, nous croyons que ce sont là des lésions qui interviennent comme autant d' « épines irritatives » chez des pithialiques ou du moins des prédisposées au pithiatisme, épines irritatives qui transforment les vomissements bénins en vomissements graves.

L'échec des renseignements anatomo-pathologiques explique la diversité des théories successivement émises pour démontrer la cause des vomissements graves de la grossesse.

Il est universellement admis que c'est le développement dans l'utérus d'un organisme fœtal qui est la cause de l'intolérance gastrique. Mais les auteurs ne sont plus d'accord lorsqu'il s'agit de préciser comment la grossesse exerce sa fâcheuse influence ; d'où les 4 principales théories en présence.

La théorie réflexe.
La théorie toxique.
La théorie du choc.
La théorie nerveuse.

Nous insisterons particulièrement sur la théorie nerveuse.

THÉORIE RÉFLEXE

Dans cette théorie le vomissement se produit par excitation du sympathique.

La cause du réflexe peut siéger :

a) *Dans l'utérus* (modification de sa situation, lésions du col, rigidité du col, etc , etc.) ;

b) *Dans les annexes* (salpingites, kystes, etc.) ;

c) *Dans les organes abdominaux à distance* (appendicite, etc...).

Meauriceau considérait déjà le vomissement comme un phénomène réflexe, Guéniot, en 1889 (*Archives de Tocologie*), considère que les vomissements incoercibles de la grossesse reconnaissent des causes multiples qui procèdent de trois appareils reliés par voie réflexe : l'appareil génital, l'appareil gastro-intestinal et l'appareil nerveux. Comme cause réflexe il avait bien mis en évidence le rôle des déviations utérines, des affections péri-utérines, des maladies de l'œuf, du vaginisme, des ulcérations ou de l'atrésie du col, etc., etc.

L'état du col semble avoir surtout préoccupé de nombreux auteurs qui ont vu dans sa rigidité le point de départ du réflexe et ont voulu modifier cette rigidité par la dilatation (méthode de Copeman). Marcou, en 1878, dans sa thèse rapporte quatre observations de vomissements graves guéris par la dilatation du col.

Meredith (*Bristol med. chirurg. Journal*, 12 juin 1886) et Bonnet (Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris, en 1894) ont publié chacun 1 cas de guérison par ce procédé.

Ricard, en 1895, dans sa thèse a recueilli 15 observations où le procédé de Copeman a eu un effet curatif contre les vomissements graves de la grossesse. Dans quelques autres cas d'après Ricard, l'application de la méthode de Copeman a été suivie soit à brève, soit à longue échéance d'avortement ou d'accouchement prématuré.

En 1907, Severac, (Marie née Ractiss) dans sa thèse rapporte une observation où l'introduction de laminaires est suivie de l'arrêt des vomissements mais aussi de l'expulsion de l'œuf ; dans trois autres observations, la guérison fut obtenue et la grossesse fut menée à terme.

La méthode de Copeman tend de plus en plus à être abandonnée ; il s'agit en réalité d'une méthode qui à notre avis agit uniquement par persuasion, car le simulacre d'avortement thérapeutique ou de toute autre opération génitale ou para-génitale donne d'aussi bons résultats. Notre maître Brindeau, il y a quelques semaines en faisant allusion à la méthode de Copeman, nous cita un cas de vomissements incoercibles rapidement guéris à la suite de la dilatation de l'anus.

Enfin certains auteurs ont voulu parfois diminuer les réactions d'origine utérine, soit par badigeonnage du col à la cocaïne, soit par application de glace sur le bas-ventre. Lucas en 1912, publie 6 cas de guérison par ce procédé.

Affections annexielles et à distance.

Kliatchkina (Soc. d'Acc. et de Gyné. de Kiel, oc. et nov. 1893) rapporte une observation de vomissements incoercibles guéris à la suite d'une ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

Bossy (*Journal d'accouchement* de Liège 14 janvier 1906), cite le cas d'une femme enceinte de trois mois et présentant des vomissements graves, chez laquelle l'ablation des deux ovaires sclérokystiques fit cesser immédiatement les vomissements. Par la suite différents auteurs ont rapporté de nombreuses observations. Mais ce sont surtout les affections à distance et particulièrement l'appendicite qui ont été souvent considérées comme la cause de vomissements graves.

Walther pense que dans bien des cas, les vomissements graves de la grossesse sont sous *la dépendance d'une appendicite chronique ignorée*, il a eu l'occasion d'opérer un certain nombre de ces malades ; l'appendicectomie a produit des résultats excellents.

Delagenière (*Gaz. de Gynécologie*, Paris 1914, 145-154), dans un article fort intéressant rapporte cinq observations de vomissements incoercibles de la grossesse coexistant avec une appendicite. Dans les 5 cas, l'appendicectomie (avec examen des pièces) a produit la guérison.

Il en déduit que « chez un certain nombre de femmes enceintes, ayant des vomissements incoercibles de la gros-

sesse, ces vomissements sont dus à une appendicite chronique, en poussée aiguë ou subaiguë. L'ablation de cette appendicite malade fait disparaître les vomissements et permet la continuation normale de la grossesse et il ajoute « que la plupart des vomissements incoercibles de la femme enceinte sont sous la dépendance de réflexes péritonéaux provoqués par une irritation quelconque du péritoine... ; ce péritoine est comme *sensibilisé* par le fait de la grossesse. »

En 1925, dans le *Bulletin de la Société nationale de Chirurgie* du 4 novembre, un article de M Constantin Caplesco, présenté par M. Moure, qui a pour titre : « Les troubles digestifs pendant les premier mois de la grossesse sont souvent d'origine appendiculaire », M. Caplesco, dans un certain nombre d'observations, montre que l'appendicite est à la base de ces troubles ; dans d'autres observations, il n'y a pas d'autres symptômes que les vomissements.

Les troubles digestifs, les vomissements que l'on a l'habitude de mettre sur le compte de la grossesse suffisent à M. Caplesco, en l'absence d'autres causes évidentes, pour faire le diagnostic d'appendicite latente et pour proposer l'appendicectomie. Au contraire, d'après Leven, les vomissements incoercibles seraient dus à une dyspepsie existant toujours avec la grossesse et, d'après cet auteur, on devrait toujours combattre chez de telles malades l'aérophagie, la ptose et tout ce qui est susceptible de déterminer des troubles dyspeptiques. Mais Charpentier fait remarquer avec juste raison que toutes les femmes enceintes ne sont pas dyspeptiques et que si la dyspepsie était la seule cause des vomissements, il serait difficile d'expliquer leur cessation brusque à la suite d'une émotion morale, d'une cautérisation ou d'une dilatation du col.

En résumé, nous voyons que tous ces auteurs, partisans exclusifs de la théorie réflexe, ont partiellement raison. Les vomissements graves peuvent en effet se voir à la suite d'une multitude d'affections : affections utérines, annexielles, appendiculaires, dyspeptiques, etc. Mais ces affections qui d'ordinaire chez des femmes enceintes normales ne déterminent que des vomissements bénins, pour qu'elles puissent transformer ainsi les vomissements bénins en vomissements graves, il est nécessaire d'admettre un commun facteur, le

même chez toutes ces malades qui présentent des lésions aussi variées et aussi contradictoires parfois, et qui sont rassemblées, unies, superposables par le syndrome unique des vomissements incoercibles, tellement caractéristique, tellement évident, tellement peu discutable que la plupart des accoucheurs ne jugent même pas l'opportunité d'en discuter le diagnostic.

Quel peut être donc ce singulier facteur commun à toutes ces femmes, en dehors du pithiatisme ?

L'auto-intoxication gravidique ?

THÉORIE TOXIQUE

La théorie de l'intoxication paraît avoir prédominé depuis une vingtaine d'années. Il existerait, pour les partisans de la théorie toxique, une *toxine gravidique* provoquant des symptômes analogues à ceux observés dans les intoxications endogènes ou exogènes : tachycardie, oligurie, asthénie, subictère, dyspnée toxique, etc., etc.

Cette toxine proviendrait : soit de l'œuf lui-même, soit de l'intestin, du corps jaune, etc., etc ; elle agirait soit en impressionnant les centres nerveux soit en provoquant des troubles d'insuffisance hépatique, surrénale, thyroïdienne ou ovarienne etc.

Dans un important rapport sur cette question (Congrès de Toulouse, 1910). Fieux a présenté une critique intéressante des différentes théories invoquées pour expliquer les vomissements graves de la grossesse et a montré tout ce qu'elles avaient d'incertain.

Il rappelle la conception de Pinard qui considère le vomissement gravidique comme résultant de la présence dans le sang d'une substance émétisante toxique ; comme « le cri d'alarme de l'organisme qui commence à être intoxiqué ».

Passant en revue les différentes théories qui expliquent les vomissements graves par une insuffisance d'un organe tel que le foie (hépatotoxémie) ou les glandes à sécrétion interne, Fieux conclut que l'hépatotoxémie n'est pour rien dans l'origine des vomissements de la gestation et qu'il en est de même de l'insuffisance thyroïdienne ou parathyroïdienne.

Il ne semble pas non plus qu'on puisse rattacher les vomissements graves à une *insuffisance ovarienne*, mais il est probable comme l'ont fait observer Pinard et de nombreux auteurs que le corps jaune de la gestation joue un rôle important dans la production des accidents. Il est à noter en effet que le corps jaune s'accroît peu à peu dans les premiers mois de la grossesse, qu'il atteint son maximum de développement dans le courant du quatrième mois, puis entre dans une phase de régression qui s'accentue jusqu'à la fin de la grossesse, de telle sorte, ajoute Fieux, « que le corps jaune se développe, vit, puis s'efface à peu près en même temps que se montrent, durent et disparaissent d'habitude les troubles du début de la gestation et en particulier les vomissements ».

Il reste à préciser dans cette hypothèse quel est le rôle du corps, jaune si c'est un agent toxique, un organe d'attaque ou de défense.

Fieux a constaté avec Mauriac dans le sérum de femme enceinte des premiers mois, un *anticorps spécifique de la villosité chorale jeune* ; ce qui l'inciterait à penser que le corps jaune agit surtout comme un « antitoxique villeux » et que dans les cas où le corps jaune ne suffit pas à sa tâche les vomissements graves peuvent apparaître.

Les lésions du corps jaune (kystes, altérations de la cellule de lutéine) constatées par Pottet, Chirié chez des femmes mortes de vomissements incoercibles semblent confirmer l'hypothèse de ces deux auteurs pour lesquels *l'hypofonctionnement du corps jaune a pour conséquence une neutralisation insuffisante des poisons villeux* contemporains du début de la grossesse.

Fieux et Mauriac reprenant les idées de Pottet et de Chirié, pensent, en se basant sur différents faits : tels par exemple les vomissements incoercibles avec l'œuf double, les môles hydatiformes et la disparition complète de ces vomissements après l'expulsion de l'œuf, que les vomissements résultent d'une toxémie produite par les villosités choriales jeunes « villotoxémie ».

Gueniot dans le *Paris Médical* du 2 novembre 1912 écrivait :

« L'œuf se comporterait vis-à-vis de l'organisme maternel

jusqu'à un certain point comme un corps étranger, comme une albumine étrangère jouant le rôle d'antigène suscitant la production d'anticorps dans l'organisme de la mère. Que cette production d'anticorps chez la mère vienne à être insuffisante, la présence de l'œuf entraînerait des effets toxiques ou l'intoxication gravidique ».

Fieux et Mauriac, dans leur travail (*De la possibilité d'une toxémie villeuse et d'un séro diagnostic de la grossesse dans les premiers mois de la gestation*), prétendaient établir la possibilité du séro-diagnostic de la grossesse.

Pourtant, d'une part, Chirié et Beauvy en 1907 et Oscar Franck en 1909, d'autre part, avaient abouti à des résultats négatifs.

Par ailleurs, Bar et Daunay (*Archives d'Obst. et de Gynécologie*, mars 1912) montraient que les résultats étaient rares et très inconstants.

Par contre, Fieux, Mauriac et Vayssière, en 1912, publient 33 observations où la séro-réaction a donné des résultats remarquables dans 88 % des cas.

Or, malgré le peu de certitude de l'existence de la toxine villeuse ; certains auteurs ont cherché à mettre en évidence *l'antitoxine villeuse*. Il était logique de la chercher dans le sérum de la femme enceinte ayant mené à terme sa grossesse.

Fieux et Daulin avaient essayé, mais sans succès, ce traitement dans un cas de vomissements graves de la grossesse à la suite d'une publication de Mayer et Linser de Tubingue, lesquels avaient guéri une dermatose gravidique par des injections de sérum de femme enceinte.

En juillet 1911, Le Lorier, ayant plus de chance présentait à l'Académie de Médecine, un cas de vomissements graves de la grossesse, traité de façon rapide et satisfaisante, par du sérum de femme enceinte normale près de terme.

En janvier 1912, Fieux et Daulin communiquaient à la Société d'Obstetrique et de Gynécologie de Paris, un autre cas de succès par le sérum de femme enceinte.

Les règles de la sérothérapie spécifique des vomissements graves de la grossesse semblaient posées ; mais par ailleurs, de très nombreuses observations ont montré qu'on obtenait les mêmes résultats avec du sérum d'homme, avec le

sérum de cheval, avec le sang du cordon ombilical, l'auto-hémothérapie, etc., ce qui bien entendu a notablement diminué la valeur dite spécifique de ce sérum.

Intoxication acide. — Déjà, en 1905, Whitridge Williams avait admis le rôle de l'intoxication acide dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

En 1912, Le Lorier à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie attirait l'attention sur la constance de la réaction de Gerhardt et, considérant que celle-ci résulte de l'acidose générale, pensait qu'il serait indiqué de faire des injections intraveineuses de sérum alcalin à titre adjuvant de la médication spécifique par le sérum de femme enceinte normale.

Par la suite, plusieurs auteurs, en France et à l'étranger ont employé le traitement alcalin préconisé par Le Lorier et, bien entendu, plus récemment, ils y ont adjoint l'insuline.

I. — Intoxication d'origine intestinale.

Le rôle de l'intoxication intestinale depuis longtemps admis par Dirmoser comme cause suffisante pour provoquer les vomissements a eu de nombreux défenseurs.

Forgues d'Etampes, Cazeaux préconisaient les grands lavages de l'intestin à l'aide de très grandes quantités de sérum physiologique (5 ou 10 litres) après nettoyage préalable de l'intestin au moyen de lavements purgatifs.

Bonnaire, Brindeau et Lantuéjoul préconisent en plus la superpurgation, les purgatifs sont employés jusqu'à ce qu'ils soient tolérés. Bonnaire donnait quelquefois jusqu'à 6 bouteilles d'eau de Sedlitz en vingt-quatre heures.

Ce traitement amène une débâcle qui débarrasse l'organisme d'une forte dose de toxines (Bonnaire).

En même temps on tente de nourrir la malade soit en lui faisant absorber des aliments par petites quantités, soit à l'aide de lavements alimentaires soit en dernière ressource à l'aide du tube d'Einhorn.

Le rôle de l'intoxication intestinale existe sûrement ; c'est une intoxication qui n'a aucun rapport : avec l'intoxication gravidique, mais on conçoit aisément que l'intestin, ce

réservoir de colibacilles et de flore microbienne si variée, sur un terrain débilité comme celui de la femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles, qui, presque toujours au bout de quelques jours, provoquent une constipation opiniâtre ; on conçoit donc aisément que l'intestin puisse être le point de départ d'une intoxication qui vient ajouter ses méfaits à ceux produits par la déshydratation et l'inanition de l'organisme.

Sans doute la nature prévoyante et économe commande à l'intestin de se mettre au repos pour ne pas augmenter davantage les effets néfastes de la déshydratation, lesquels se transformeraient en un véritable désastre en cas de diarrhée profuse par exemple (dans ces seuls cas peut-être pourrons-nous voir des pseudo-intoxications aiguës ou même suraiguës).

Mais si d'un côté ce repos de l'intestin, est protecteur et présente l'avantage de ne pas augmenter la déshydratation, il a l'inconvénient de déterminer des troubles qui pourraient être assimilés à la stercorémie.

Nous voyons donc que le drainage des voies digestives constitue une excellente méthode pour combattre les vomissements graves mais néanmoins c'est une méthode insuffisante à elle seule pour englober toute la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse comme le prétendent certains auteurs.

Insuffisance surrénale.

Sergent et Lian, dans la *Presse Médicale* du 11 décembre 1912, rapportent 6 observations de vomissements gravidiques coexistant avec des signes d'insuffisance surrénale, tachycardie, hypotension artérielle, asthénie, ligne blanche.

Baudouin, dans sa thèse en 1913, a recueilli 2 autres observations et avec les 6 observations précédentes a pu ainsi réunir 8 observations.

Ces auteurs ont conseillé l'emploi de l'adrénaline ou de l'extrait surrénal. Dans plusieurs observations, l'effet de l'adrénaline a été presque instantané ; les vomissements cessèrent lors de la première ingestion ou de la première piqûre d'adrénaline.

Par la suite de nombreux auteurs ont employé l'adrénaline et Rathery en est un ardent défenseur.

Ces différents auteurs attribuent une part importante à l'insuffisance surrénale dans l'étiologie des vomissements graves du début de la grossesse. Ils ne nient pas l'auto-intoxication gravidique et pensent que l'insuffisance surrénale en est la conséquence.

THÉORIE DU CHOC

Enfin la dernière théorie, récemment émise par Levy-Solal, rattache les vomissements gravidiques aux phénomènes de choc et leur disparition par désensibilisation progressive à la suite de choc répétés. Cohen-Solal dans sa thèse toute récente appuie la théorie de son maître Levy-Solal, et il a pratiqué « la désensibilisation progressive de l'organisme par la peptone en injection intra-dermique. » Cette thérapeutique, à l'exclusion de toute autre, lui a donné des succès constants sur huit cas traités.

Ferru pense que les vomissements incoercibles de la grossesse réalisent un syndrome-type d'association hystéro-organique et semblent résulter d'un déséquilibre humoral, d'une sorte de colloïdoclasie gravidique d'origne spermatique et il accorde une part prépondérante aux phénomènes de choc à la base des vomissements graves.

Cette théorie est assez attrayante mais elle ne peut nous expliquer les vomissements incoercibles qui surviennent en dehors de la grossesse. Puis il reste a bien démontrer pourquoi et par quel mécanisme ces phénomènes de choc provoquent les vomissements incoercibles ; pourquoi sur 1.000 cas de grossesse cet œuf villeux provoque-t-il des vomissements bénins et dans un seul cas les vomissements incoercibles et enfin comment expliquer par cette théorie les guérisons brusques si nombreuses par la psychothérapie.

THÉORIE NERVEUSE

Historique. — L'idée des vomissements graves de la grossesse liés à la névrose et au pithiatisme a été défendue

en France par de nombreux auteurs : Doléris, Mathieu, Luez, Potocki-Beloux, Ferru mais ce sont surtout les travaux du professeur Brindeau et Lantuéjoul qui ont donné à cette théorie toute la valeur qu'elle mérite.

Doléris le premier en Francs osa opposer à la théorie de l'auto-intoxication qui semblait immuable la théorie de « l'hyper-excitabilité du système nerveux ».

Pour mieux prouver l'origine nerveuse des vomissements incerrcibles de la grossesse, Doléris fait un rapprochement entre ces accidents et certaines neurasthénies qui éclatent chez des femmes en dehors de la gestation et sont caractérisées par une période d'hypernutrition à laquelle succède une période de dénutrition aboutissant à un amaigrissement extrême accompagné d'arrêt fonctionnel de certains organes, en particulier l'estomac, l'intestin, les appareils de sécrétion : « Ces accidents éclatent chez ces névroses sous l'influence de causes occasionnelles très diverses.

« Il en est de même chez d'autres névropathes chez lesquelles on constate de véritables formes frustes de la maladie de Basedow avec accélération du pouls mais sans exophtalmie ni goitre. Chez les unes c'est une constipation opiniâtre, chez d'autres des crises spasmodiques de l'estomac, enfin tous ces cas s'accompagnent de vomissements répétés, incessants, incoercibles.

« Souvent c'est une cause occasionnelle qui détermine leur apparition. Comment donc ne pas admettre que chez de semblables prédisposées, la grossesse ne puisse faire éclater ces accidents. »

Luez en 1893 dans sa thèse rapporte 2 cas de vomissements incoercibles guéris par l'hypnotisme et conclut ainsi :

« Les vomissements de la grossesse sont le plus souvent sous la dépendance immédiate du système nerveux. Quant à la nature de cette influence nerveuse nous pouvons dire qu'elle est due à une idiosyncrasie de l'individu, une sorte de débilité nerveuse se confondant tantôt avec l'hystérie, tantôt avec la neurasthénie.

« Le vrai traitement ne sera pas seulement local, c'est-à-dire stomacal ou utérin, il sera surtout général : les mesures hygiéniques et morales d'un côté, la suggestion vigile et

hypnotique de l'autre, aidée par les grandes méthodes physiques et médicamenteuses, adoptée dans le traitement général de la neurasthénie et de l'hystérie, seront les vrais moyens pour combattre efficacement les vomissements de la grossesse qui ne sont qu'un unique symptôme de ces affections générales.

« L'application rigoureuse de ce traitement nous dira si l'avortement ou l'accouchement provoqués sont encore nécessaire dans les vomissements graves de la grossesse. »

Vinay en 1894 dans son *Traité des maladies de la grossesse* n'hésitait pas à dire : « La véritable cause des vomissements incoercibles de la grossesse : c'est l'état pathologique du système nerveux. C'est une névrose fonctionnelle qui se caractérise par une excitabilité anormale des réflexes et qui est vraisemblablement de nature hystérique. »

Mathieu, dès 1888, défendait déjà la théorie nerveuse des vomissements incoercibles de la grossesse et en 1904, avec J.-Ch. Roux, ils écrivaient dans leur livre de pathologie gastro-intestinale :

« Pendant les premiers mois, presque toutes les femmes enceintes ont des nausées et des vomissements espacés, qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus ou à quelque état d'intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales toutes particulières donnent à ces vomissements une allure plus grave. Les attentions multiples de l'entourage, les précautions prises contre les vomissements, les mines des convives au début du repas dès que se produit le moindre malaise, agissent comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit d'une jeune malade prédisposée, l'idée de la nécessité du vomissement. C'est dans ces conditions que se développent les vomissements incoercibles de la grossesse qui ont parfois une évolution si grave. »

De nombreux auteurs se sont ralliés depuis à cette conception. Dernièrement Siredey (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1922) disait : « Sans accepter dans toute sa rigueur exclusive l'opinion de Mathieu, je crois qu'elle renferme une grande part de vérité et que nombre de ces vomissements de la grossesse doivent être, au début, traités comme des manifestations pithiatiques. »

Potocki à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie le 10 janvier 1910 rapportait l'observation complète d'une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles chez laquelle l'arrêt des vomissements et l'amélioration de l'état général n'ont vraiment commencé qu'à partir du jour où est intervenue la suggestion.

« Le cas que j'ai rapporté dit-il, d'une femme simulant jusqu'à un certain point le cortège symptomatique des vomissements graves incoercibles, l'exagérant volontairement et insistant pour qu'on procède chez elle à l'interruption de la grossesse n'est pas rare. Cette année j'ai vu deux femmes, d'ailleurs peu malades, mais très mécontentes de ce que je ne les faisais pas avorter pour des vomissements qu'elles disaient incoercibles, quitter mon service en claquant la porte et en jurant qu'elles ne mèneraient tout de même pas leur grossesse à terme. Ces cas ne sont donc pas exceptionnels. On peut concevoir que chez certaines de ces femmes, non pas toutes évidemment, le fait d'affirmer avec autorité qu'elles ne sont pas enceintes, peut produire une suggestion capable d'arrêter les vomissements. L'état général s'améliore ensuite et, si on parvient ainsi sans accident à mener la grossesse jusqu'au moment où les mouvements actifs du fœtus sont perçus par la femme, il y a toutes les chances pour que, même désabusée, elle prenne son parti de sa grossesse et ait abandonné toute idée d'avortement provoqué. C'est ce qui est arrivé chez la femme qui a fait le sujet de ma communication. »

Doleris, à cette même séance appuie l'opinion de M. Potocki, insiste sur l'importance de la névropathie et cite trois observations de vomissements incoercibles dont en voici une :

« J'ai actuellement dans mon service une malade enceinte, femme d'un écrivain de mérite, vivant par conséquent dans un milieu intellectuel où l'on se suggestionne facilement, où la vie est agitée et où s'entretient aisément une sorte d'excitation générale. Elle est devenue enceinte à un âge assez avancé, elle a eu des vomis-sements très fréquents. A son entrée on constate entre autres symptômes, une fréquence considérable du pouls : il était de 140 à 150 la première fois puis nous l'avons trouvé à 120, 110. Il persistait encore à ce degré de fré-

quence, alors que la santé était rétablie et que les vomissements avaient en quelque sorte cessé.

« Dans ce cas, l'isolement, la suggestion, une sorte de bien être, de tranquillité, auxquels elle n'était pas habituée chez elle, avaient accompli ce miracle. »

Jeannin et Pareux à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris du 12 décembre 1921 rapportaient l'observation d'une malade atteinte de vomissements incoercibles chez laquelle ils furent obligés de provoquer l'avortement thérapeutique et comme la malade continuait à présenter un état grave, voisin du coma, on lui fit une transfusion de 450 grammes qui d'après ces auteurs produisit « une véritable résurrection ».

A la discussion M. Potocki dit en faisant allusion à l'observation précédente : « D'après le titre qu'il a donné à sa communication notre collègue Jeannin n'a pas voulu affirmer qu'il y eût une relation directe entre la transfusion et la guérison des vomissements incoercibles gravidiques. La malade ayant déjà avorté et poursuivant néanmoins sa maladie, il ne pourrait plus s'agir de vomissements gravidiques à proprement parler, mais d'un état d'intoxication comparable en tous points à celui que produit l'inanition prolongée.

Par ailleurs M. Potocki continue :

« Je ne sais si j'ai été privilégié, mais il y a bien des années que je n'ai pas eu l'occasion de provoquer l'avortement pour des vomissements, je ne dirai pas incoercibles, puisqu'il n'ont pas persisté, mais pour des vomissements graves, car je les vois s'amander puis disparaître grâce à l'isolement et à la suggestion, unis au traitement anti-toxique et à la suppression immédiate de l'alimentation et des boissons, remplacées par des lavements ou injections sous-cutanées de sérum salé ou glucosé.

« Je n'ai observé qu'un seul décès, celui d'une femme qui est morte quelques heures après son entrée à la Maternité. C'est donc que j'ai pu soigner mes malades assez tôt pour éviter l'apparition des symptômes qui précèdent l'agonie. Aussi suis-je étonné que, chez sa malade dont il suppose qu'elle a suivi scrupuleusement ses indications, Jeannin ait vu les accidents graves éclater avec une soudaineté que je crois exceptionnelle et qu'en tout cas je n'ai pas cons-

tatée chez les femmes que j'ai pu suivre personnellement.

Beloux, élève de Mathieu, dans son intéressante thèse en 1913, que nous conseillons de lire, rapporte quinze belles observations de vomissements graves de la grossesse guéris par des traitements divers :

Isolement seul,

Isolement associé au traitement électrique ou à l'application de bleu de méthylène,

Injection de sérum d'homme,

Injection d'hypophisine,

qui d'après cet auteur, n'ont pu agir que par persuation.

Il conclut d'une façon ferme et franche à l'origine habituellement névropathique des vomissements incoercibles de la grossesse et il accorde une place prépondérante à l'isolement et à la psychothérapie.

Jusqu'à ces dernières années, malgré l'opinion de tous ces auteurs, la théorie de l'intoxication régnait encore mais les travaux de Brindeau et Lantuéjoul ont définitivement donné une base stable à la théorie nerveuse et même parmi les plus ardents défenseurs de la théorie toxique plusieurs ont fini par admettre que les vomissements incoercibles de la grossesse constituaient un syndrome mi névropathique mi toxique.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement Brindeau et Lantuéjoul. Plusieurs de leurs passages mériteraient d'être longtemps médités et longuement développés, ce qui malheureusement nous entraîneraient fort loin.

« Beaucoup plus complexe qu'on ne le croit, disent ces auteurs, est la question du vomissement dit nerveux ou hystérique.

« Quelles en sont les caractéristiques ? Il suffit pour les connaître de se reporter à la définition même que M. Babinski, le 7 novembre 1901, a donné à l'hystérie : « l'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ». Le vomissement grave hystérique de la grossesse est celui qui est capable de disparaître sous l'influence de la persuasion.

« Cette définition ne peut qu'être admise par tous. C'est le type du trouble hystérique primitif. Mais il ne faut pas oublier que ce trouble primitif peut entraîner des troubles secondaires qui seront, eux, incapables de céder à la simple persuasion : par exemple, *des vomissements hystériques peuvent être la cause d'une déshydratation profonde à laquelle la persuasion est incapable de remédier*.

Par ailleurs, nous lisons :

« Pour distinguer une hémiplégie organique d'une hémiplégie hystérique, M. Babinski a décrit toute une série de symptômes maintenant classiques. Peut-on décrire, par analogie, des symptômes permettant de distinguer le vomissement hystérique du vomissement organique ? On a dit que le vomissement hystérique survenait chez la femme nerveuse ?

« Il y a longtemps que l'on connaît la possibilité des troubles hystériques chez des individus ne présentant aucun antécédent névropathique particulier.

« On sait le peu de valeur des pseudo-stigmates hystériques. Bien des femmes sont nerveuses ; beaucoup le deviennent au début d'une grossesse très désirée ou très redoutée, sans vomir pour cela. La « nervosité » est un élément de diagnostic très souvent décrit et de valeur sensiblement nulle.

« Il faut se débarrasser, d'ailleurs, du mot hystérie, qui ne répond pas aux faits et dont le sens, pour certains, est péjoratif. M. Babinski l'a remplacé par le mot pithiatisme. Il nous faut, pour nous, bien admettre que le vomissement pithiatique, apparaissant souvent chez la femme dite nerveuse, peut apparaître aussi chez la femme la plus normale, aussi éloignée que possible du type de « l'hystérique » au sens où on l'entendait autrefois.

« Les vomissements pithiatiques sont-ils plus ou moins fréquents que les organiques ? Sont-ils incapables d'aboutir à un syndrome grave ?

Après avoir apporté de nombreux cas à l'appui, Brindeau et Lantuéjoul affirment ainsi :

« Il n'y a aucun doute : *les vomissements incoercibles pithiatiques peuvent aboutir à un tableau clinique extrêmement grave et guérir cependant par simple persuasion.*

« Peuvent-ils aboutir à la mort? La démonstration est évidemment impossible à établir, mais le fait ne nous semble pas douteux. Quand on a observé des cas cliniques comme celui qui a été rapporté par M. Potocki qu'on trouvera dans la thèse de Beloux, où l'état paraît si grave qu'il semble dangereux de reculer de quelques heures l'avortement thérapeutique, quand on a eu, par la guérison presque instanée, la preuve de l'origine pithiatique de tous les accidents, *on ne peut pas ne pas être persuadé que la femme serait morte si elle n'avait pas été soignée en temps voulu*, et elle serait morte à la suite de vomissements pithiatiques.

« En fait aucun symptôme clinique ne peut permettre le diagnostic entre ces derniers et les vomissements d'autre nature. C'est ce qu'ont écrit Mathieu et J. Ch. Roux : « Il se peut que tous les vomissements incoercibles de la grossesse ne relèvent pas de ce mécanisme (l'hystérie), et que quelquefois ils tiennent à une auto-intoxication profonde, ou à une insuffisance du foie. Mais nous ne connaissons aucun signe qui permette de distinguer cette forme de vomissements incoercibles névropathiques ».

« Il y a pourtant un symptôme, continuent Brindeau et Lantuéjoul, qui, par définition, doit permettre la différenciation facile, c'est l'épreuve du traitement, puisque, par définition, le vomissement pithiatique doit guérir par la simple persuasion. Théoriquement, par conséquent, il semble qu'on puisse dire : tout vomissement qui guérit par persuasion est pithiatique ; tout vomissement qui ne guérit pas par simple persuasion est d'autre nature. »

« En pratique, si la première affirmation reste exacte, la seconde est absolument fausse et ceci pour deux raisons : la première est évidente; pour que la suggestion agisse, encore faut-il qu'elle soit pratiquée méthodiquement. Il est des médecins fort consciencieux qui font des tentatives de psychothérapie très énergiques, peut-être même trop énergiques, sans isolement préalable. D'autres comprennent

l'isolement d'une façon un peu spéciale : leur malade est transportée en maison de santé, mais continue à être entourée de soins trop vigilants d'une famille inquiète. Les échecs de la persuasion, dans ces conditions, n'ont qu'une valeur diagnostic restreinte.

« La seconde raison de l'échec possible d'une psychothérapie bien instituée, *c'est la superposition* aux *troubles pithiatiques de troubles organiques*. Si l'on se reporte à la définition même de l'hystérie citée plus haut, on voit que M. Babinski a expressément distingué, à côté des troubles primitifs sur lesquels la suggestion agit, les troubles secondaires étroitement subordonnés aux troubles primitifs. *Quels peuvent être ces troubles secondaires en cas de vomissements graves ? Il en est d'évidents, tels que la déshydratation de l'organisme et tous les troubles qui en résultent ; il en est d'autres moins connus, tels que l'inhibition du foie, du poumon, du rein, etc. Sur ces troubles secondaires, la persuasion ne peut rien. S'ils sont établis quand on commence le traitement, il faut lutter contre eux par des moyens matériels. Ceux-ci peuvent être insuffisants si l'on est appelé trop tardivement. L'échec de la psychothérapie ne signifie rien au point de vue diagnostic.*

« La conclusion de ce qui précède est qu'en présence de vomissements graves chez une femme enceinte, il est très difficile de savoir si ces vomissements ne sont pas dus à une maladie organique *coexistant* avec la grossesse ; il est impossible de reconnaître si ces vomissements ne sont pas pithiatiques.

« Peut-on aller au-delà de ces conclusions et nier l'existence des vomissements graves organiques, *du fait* de la grossesse ? On ne saurait être trop prudent en face d'un problème aussi complexe. M. Siredey disait un jour, pour conclure une discussion, à la Société d'Obstétrique sur les vomissements incoercibles : « A mon âge, on accepte difficilement les formules absolues. Il y a longtemps que je le répète : les mots *jamais* et *toujours* ne méritent guère de figurer dans le vocabulaire médical. »

« Cependant, disent Brindeau et Lantuéjoul, un certain nombre d'arguments semblent démontrer l'origine pithiatique de l'immense majorité, sinon de la totalité des vomisse-

ments incoercibles. Il y a d'abord un argument de fait. Quand on interroge les accoucheurs les plus qualifiés, quand on leur demande combien de clientes, *suivies par eux depuis le début de leur grossesse*, ont présenté des vomissements incoercibles allant jusqu'à la mort ou les ayant obligés à pratiquer l'avortement thérapeutique, la plupart de ces accoucheurs répondent qu'ils n'ont jamais rencontré de tels cas. Ils ont vu des clientes ayant présenté des vomissements assez fréquents, mais toutes, sans exception, ont fini par guérir. Ils ont été appelés en consultation dans des cas très graves, ont été amenés à pratiquer parfois des avortements thérapeutiques, ont même vu mourir des femmes, mais il s'agissait de femmes qu'ils avaient vues pour la première fois alors qu'elles étaient déjà dans un état très grave. Dans leur clientèle personnelle, les vomissements vraiment incoercibles n'existent pour ainsi dire pas. Que disent Mathieu et J.-Ch. Roux : « Jusqu'à présent, chaque fois que nous avons pu traiter par l'isolement strict une malade enceinte et atteinte de vomissements incoercibles nous avons vu cesser les accidents très rapidement. »

« N'est-il pas vrai que voilà une étrange maladie? Les cliniciens avertis ne peuvent la voir que dans des circonstances particulières, quand elle s'est développée loin de toute surveillance réelle, quand elle a cultivé ou a été cultivée sur milieu spécial. Certes la thérapeutique peut lutter efficacement contre des lésions organiques, surtout prises au début, et certains pourront expliquer par la valeur du traitement employé les succès constants observés. Mais cependant les vomissements incoercibles de la grossesse représentent une maladie de type bien exceptionnel, si elle est organique, puisque malgré son pronostic grave, elle guérit presque toujours à la suite des traitements les plus divers et les plus contradictoires.

« D'autres conséquences cliniques sont intéressantes à relever. Au cours des vomissements incoercibles, la mort du fœtus *in utero* et l'avortement spontané sont extrêmement rares, même dans les cas très graves. Ils sont au contraire relativement fréquents dans les infections ou les intoxications maternelles, par exemple dans l'éclampsisme. Cette dernière maladie peut être considérée comme le type de

l'intoxication générale du fait de la grossesse. Elle n'est certainement pas du même ordre que les vomissements incoercibles.

« D'autre part, quand la guérison survient au cours des vomissements graves, soit après avortement thérapeutique, soit après tout autre mode de traitement, cette guérison est le plus souvent remarquablement rapide ; elle est parfois immédiate ou presque immédiate. Les vomissements peuvent cesser de suite. L'état général se relève souvent en quelques jours. Ces faits cliniques sont troublants : une intoxication grave ne devrait pas cesser aussi vite, même quand la cause de l'intoxication a été supprimée. Une certaine quantité de toxines devraient subsister quelque temps et ne s'éliminer qu'à la longue. D'autre part, la rapidité de l'amélioration de l'état général, dès que l'alimentation a pu être reprise tend à montrer que l'inanition était certainement, de beaucoup, la cause principale des symptômes observés et que ces derniers n'étaient peut-être pas, bien souvent, aussi graves en réalité qu'en apparence.

« Faut-il dire que le pithiatisme est tout et qu'il n'y a rien d'organique à la base ? Certainement non. Les vomissements incoercibles apparaissent comme le type de cette association si fréquente dite hystéro organique. Cette association de troubles fonctionnels et de troubles organiques est bien connue dans ses diverses modalités, dont la plus caractéristique peut-être est l'hystéro-traumatisme. Dans tous ces cas, *une base organique, plus ou moins importante, existe et sur cette base se greffent des phénomènes pithiatiques parfois légers, parfois au contraire d'une telle intensité qu'ils dominent la scène et masquent la lésion organique originelle. Il est peu d'* « *épines irritatives* » *qui ne soient susceptibles d'être la cause de l'apparition de phénomènes pithiatiques surajoutés.*

« On peut observer chez la femme enceinte des intoxications exogènes ou endogènes : mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne, lésions de l'utérus et en particulier du col. Certaines femmes ont une sensibilité particulière du col, elles peuvent ainsi vomir à l'occasion d'un coït, d'un examen gynécologique, de la pose d'une laminaire ; elles seront prédisposées à vomir à l'occasion d'une gros-

sesse, le col étant le point de départ d'un réflexe nauséeux. Il semble bien vraisemblable que le pithiatisme doit venir se greffer sur ces « épines irritatives » pour que se constituent le tableau classique des vomissements incoercibles. Ainsi s'expliquent et l'absence de vomissements graves chez les femmes soignées dès le début de ces accidents, et la constance des guérisons obtenues quand on peut intervenir avant que les troubles pithiatiques secondaires soient trop accusés.

« Cette conception des vomissements incoercibles au cours de la grossesse a, en somme pour résultat de *faire entrer ces vomissements dans le même ordre que les autres vomissements incoercibles pithiatiques*. Car il ne faut pas oublier qu'il existe des vomissements incoercibles pithiatiques en dehors de la grossesse, signalés depuis longtemps dans les circonstances les plus variées. Mathieu et J.-Ch. Roux décrivent, dans un même chapitre, les vomissements incoercibles hystériques de l'enfant, de la femme enceinte, de l'homme. Ils les considèrent tous comme de même nature et comme résultant d'une association de troubles organiques et de troubles hystériques. Ils montrent leur guérison facile, soit par simple psychothérapie, soit par psychothérapie associée au traitement du trouble primitif organique.

« Entre autres exemples, ils rapportent l'observation d'un homme de 60 ans, « amaigri, et qui, depuis trois ou quatre mois, vomissant tous ses repas ; l'aspect cachectique du malade, son âge, l'histoire même de l'affection indiquaient plutôt l'existence d'un néoplasme ». L'examen montre l'existence d'un tic aérophagique et le malade guérit très rapidement... par la mise en place, entre les dents d'un bouchon qui maintenait la bouche ouverte, et empêchait la déglutition de l'air. Le cas le plus grave des vomissements incoercibles que l'un de nous ait observé, était celui d'un soldat plusieurs fois réformé temporairement pour cette affection : arrivé à un état de cachexie extrême, n'urinant presque plus, il a guéri brusquement le jour où il a été bien persuadé qu'il ne quitterait sa chambre d'isolement que mort ou guéri.

Ferru dans sa thèse accepte la conception de Brindeau et, Lantuejoul mais il ajoute : « Il me suffit de dire en y insistant que le pithiatisme n'intervient pas pour créer les vomissements graves mais seulement pour les exagérer.

« J'ajouterai cependant, dit-il, qu'à la base des vomissements graves, les phénomènes de choc semblent avoir une part prépondérante en dehors des lésions originelles envisagées par Brindeau et Lantuéjoul.

« En résumé, les vomissements incoercibles purs ne paraissent être le plus souvent le résultat, non de quelque état d'intoxication indéterminé, mais d'un déséquilibre humoral, d'une sorte de colloidoclasie gravidique d'origine spermatique dont les manifestations cliniques, habituellement bénignes, vomissements simples sont aggravées par le pithiatisme, qui entraîne indirectement des troubles secondaires d'intensité croissante, tels la déshydratation l'acidose, l'ictère. »

D'autre part, la théorie nerveuse a trouvé de nombreux défenseurs à l'étranger et particulièrement en Allemagne.

Dans la *Revue Hayem* de juillet 1882, Ch. Maygrier a fait la traduction de l'article de Kaltenback et Ahlfeld.

« Kaltenback ayant émis devant la Société d'Obstétrique de Berlin l'opinion que les vomissements incoercibles de la grossesse sont une manifestation de l'hystérie, Ahlfeld réclame la priorité de cette idée qu'il a soutenue depuis 1881. Il a publié à cette époque une observation où cette étiologie n'était pas douteuse. Il s'agissait d'une femme enceinte chez laquelle les vomissements incoercibles avaient été supprimés du jour au lendemain quand la femme avait eu à soigner un de ses enfants dangereusement malade. Ultérieurement il a observé d'autres cas analogues. Sur cinq femmes atteintes de vomissements et de ptyalisme, deux étaient manifestement hystériques. Pour Ahlfeld les vomissements et le ptyalisme ne sont chez beaucoup de femmes que l'exagération d'une névrose hystérique réflexe due à la grossesse et entretenue par elle. Chez beaucoup de femmes facilement excitables et atteintes d'affections chroniques de l'estomac, ces manifestations nerveuses peuvent devenir très intenses et provoquer des vomissements incoercibles. »

Kaltenbac en 1891, publie son travail remarquable sur les vomissements incoercibles de la grossesse Frappé par la diversité des médicaments et des divers moyens thérapeutiques qui peuvent guérir brusquement les vomissements in-

coercibles, il est persuadé qu' « il ne s'agit pas d'altérations anatomo-pathologiques spéciales, mais d'une véritable névrose fonctionnelle dans laquelle l'excitabilité réflexe est augmentée, la faculté modératrice des réflexes diminuée, mais dans laquelle l'énergie empêchant les réflexes de se produire suivant certaines voies nerveuses peut être restaurée tout d'un coup grâce à certaines influences psychiques.

« Il s'étonne qu'on n'ait pas pensé de rapporter ces vomissements aux diverses manifestations de l'hystérie et remarque cependant que M. Doleris en France s'est rapproché de cette opinion. »

Il cite a l'appui de sa thèse, le cas d'une malade atteinte de vomissements incoercibles à qui on suggera l'idée que ses vomissements étaient la conséquence de la présence dans l'estomac de substances nuisibles et qu'ils cesseraient une fois ces substances enlevées. Un simple lavage de l'estomac mit immédiatement fin aux vomissements

Friedreich, d'après Cohnstein, aurait déjà dit au Congrès de Neurologie de Heidelberg en 1888 que les vomissements incoercibles de la grossesse étaient la conséquence d'une névrose fonctionnelle contre laquelle le bromure était le meilleur traitement.

G. Klein de Munich en 1898 montre que les résultats du traitement basé sur la conception étiologique de Kaltenback l'emportent sur les résultats de toutes les autres méthodes therapeutiques. Dans tous les cas où il l'a employé, le traitement psychothérapeutique a, en quelques jours seulement amené la guérison. Cependant, il se sépare un peu de Kaltenback sur les adjuvants du traitement. Il préconise le repos au lit et la diète.

Il insiste d'autre part sur ce fait « qu'il faut fortifier la volonté de la malade en la rendant consciente du but à atteindre et ne pas employer l'hypnotisme et la suggestion qui affaiblissent la puissance de volonté des malades en plaçant leur volonté sous une volonté étrangère.

Il insiste encore sur la nécessité de l'isolement dans une maison spéciale.

Il met encore en garde contre les échecs possibles : des filles, des femmes en état de grossesse illégitime qui ma-

nifestent parfois, dit-il de l'étonnement quand on leur affirme que leur guérison est possible sans les débarrasser de leur produit de conception. Ce sont des femmes qui désirent l'avortement ; dans ce cas plus que dans d'autres il faut se montrer réservé au point de vue de l'intervention.

Il a soin, en effet, de rappeler que si on arrive trop tard, si on est en présence d'une femme en danger immédiat, il faut aller vite et si le traitement psychothérapique n'agit pas immédiatement, il ne faut pas attendre et faire de la théorie, mais provoquer quand même l'avortement.

Les résultats qu'il publie sont très encourageants : quatre cas de guérison par simple repos au lit et régime lacté avec menace d'internement ; six cas de guérison après transport dans un établissement.

Par ailleurs nous lisons dans la thèse de Morival faite en 1884, qui écrit en parlant des vomissements graves de la grossesse :

« Les auteurs (M. M. Bailly de Paris et Brock (1) de Glascow) qui n'admettent que difficilement la doctrine des localisations ou des causes par lésions organiques, croient avoir affaire à une affection d'origine purement nerveuse, à une sorte de névrose, présentant certains rapports avec l'hystérie.

« Les manifestations de cette névrose seraient dues à une simple exagération de la sensibilité réflexe par les fibrilles nerveuses émanant du tissu utérin physiologiquement développé. Ces auteurs prennent pour raison de leur théorie la fréquence des cas de nervosisme notés dans la plupart des observations. Beaucoup de femmes atteintes de vomissements incoercibles ont présenté, en effet, avant le début des premiers symptômes, une exagération toute spéciale des troubles nerveux, si nombreux chez les femmes enceintes vertiges, syncopes, dépravation du goût, perversion du caractère, impatience, colère, manie, tristesse pour n'en citer que quelques-uns.

« Les partisans de cette théorie invoquent surtout à son appui les guérisons surprenantes obtenues d'une manière si imprevue, soit par une violente émotion, une simple distrac-

1. Brock de Glascow, *The American Journal of Obstetric*, juin 1883, p. 638.

tion, un voyage, soit par la satisfaction de tous les caprices de nourriture de la malade.

« M. Charpentier n'a-t-il pas vu en effet, dans le Service de Beau, des vomissements graves céder à l'ingestion d'écrevisses à la bordelaise, instamment désirées par la malade.

« Tous les faits de ce genre sont de nature à faire croire qu'un certain nombre de cas sont dus à une influence névropathique essentielle à une « idio-syncrasie spéciale de l'individu ».

D'autre part dans sa thèse, Morival cite des guérisons surprenantes à la suite d'une émotion violente d'une simple changement de résidence.

Par ailleurs, un auteur américain, Harrisson Mettler de Chicago dans le *Journal Med. American Association*. en février 1892, a établi clairement le rôle du système nerveux dans les vomissements graves de la grossesse. Luez dans sa thèse a traduit et reproduit intégralement l'article de cet auteur ; nous en détachons uniquement la conclusion.

« Comme conclusion, dit cet auteur laissez-moi vous redire que les vomissements simples et non compliqués de la grossesse, sont une affection nerveuse, une névrose si vous voulez, dépendante de l'épuisement d'un système nerveux débilité.

« Les vomissements dus à de grosses lésions utérines ou gastro-intestinales compliquant la grossesse ne doivent pas être classés parmi les vomissements graves de la grossesse. Ceux ci seront considérés comme des maladies spéciales et traités comme tels.

« En adoptant ce principe rigoureux nous dissipons une partie de la confusion qui entoure toute la question à cause de la sélection de cette classe de causes, dans laquelle aucune lésion évidente n'aura été reconnue comme cause de vomissements mais dans laquelle on trouvera que le système nerveux est seul en cause, réclamant par conséquent un traitement général approprié ».

Enfin, récemment, Hurst (*The Lancet*, 18 mai 1922), rapporte l'observation d'une femme enceinte qui vomissait constamment après ses repas comme entre ses repas : la langue était sèche, le pouls rapide, les urines contenaient 28 %

d'ammoniaque et une forte quantité d'acide diacétique.

Or la psychothérapie suffit à faire cesser les vomissements et tous les troubles ; la malade reprit 8 kilos en quatre semaines.

Au cours d'une grossesse ultérieure, les vomissements récidivèrent, puis disparurent de même.

Hurst admet que l'excès d'ammoniaque urinaire et la diacéturie sont dus « à la déshydratation et non à une intoxication ; ces modifications urinaires n'ont aucune valeur pour distinguer deux variétés de vomissements graves. Les vomissements incoercibles sont toujours d'origine nerveuse ou plutôt hystérique étant causés par la suggestion et guéris par la psychothérapie. »

Existe-t-il des signes d'intoxication. Critique de la valeur des signes dits d'intoxication. Arguments plaidant en faveur de la théorie pithiatique.

En résumé nous voyons que de l'ensemble des diverses conceptions pathogéniques émises sur les vomissements incoercibles de la grossesse deux théories se dégagent nettement : d'une part l'auto-intoxication, d'autre part le pithiatisme.

Au premier abord on se demande comment deux théories aussi opposées peuvent être admises par des auteurs également compétents, comment pour les uns le pithiatisme et pour les autres l'auto-intoxication peuvent aboutir à cette troisième période redoutable de Dubois qui se termine souvent par des signes nerveux graves, le coma et la mort.

Les médecins appelés à la période terminale des vomissements incoercibles de la grossesse sont en présence de femmes qui réellement, du moins en apparence, présentent tous les signes d'une profonde intoxication de l'organisme : facies toxique, dyspnée toxique, amaigrissement considérable, asthénie prononcée ; subictère des conjonctives et parfois un ictère généralisé qui d'emblée paraît grave et traduit une atteinte hépatique sévère : peau sèche, les lèvres sont parfois tellement sèches qu'elles desquament, l'haleine sent l'acé-

tone, le bocal d'urine est presque vide, les urines sont de couleur acajou, la tachycardie est considérable, le pouls peut atteindre 120, 140 et même 160 pulsations à la minute.

La malade est terriblement angoissée et souvent, au premier coup d'œil, lorsque la condamnation à mort n'est pas faite, l'avortement thérapeutique est institué d'urgence.

En effet, en présence d'une pareille malade on ne peut s'empêcher de penser à une auto-intoxication. Les partisans de la théorie toxique ont eu surtout leur attention attirée par la façon dont se termine cette redoutable affection. La malade meurt réellement intoxiquée.

Avec juste raison un grand nombre d'auteurs ont cherché partout cette toxine et le foyer d'émanation de cette toxine, mais malheureusement ils ne l'ont pas trouvée et ne la trouveront peut-être jamais.

Un médecin qui a vu mourir une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles ne peut faire autrement que d'admettre une auto-intoxication et souvent il est difficile de le persuader que c'est le pithiatisme ou plus exactement les conséquences du pithiatisme qui ont provoqué la mort.

Mais pourtant les médecins qui ont particulièrement bien analysé la période de début de ces vomissements incoercibles de la femme enceinte et c'est là un point capital ; ces médecins se sont vite aperçus que toujours ces vomissements incoercibles évoluaient sur un terrain spécial nerveux pour les uns, hystérique, piéthiatique, etc., etc. pour les autres et qu'en les soignant dès le début par la persuasion, l'isolement et la psychothérapie, ils obtenaient des résultats remarquables, ne voyaient jamais apparaître ces prétendus signes d'intoxication, avec leurs caractères graves habituels, n'avaient jamais besoin de recourir à l'avortement thérapeutique et à juste raison ils considéraient les redoutables vomissements incoercibles de la femme enceinte comme une affection bénigne.

Il n'y a aucun doute, il est tout à fait humain d'espérer et d'admettre que les partisans de la théorie nerveuse soient plus près de la vérité et de suivre minutieusement leurs conseils d'autant plus que leur traitement spécial n'exclut aucun autre traitement spécifique s'il existe ou symptomatique et alors on ne verra plus jamais apparaître l'ancienne forme

des vomissements incoercibles de la grossesse avec son évolution en trois périodes, celle-ci sera considérablement abrégée et ne devra pas dépasser la première période.

En réalité, tous ces signes dits d'intoxication ne sont pas propres au syndrome des vomissements incoercibles, ce ne sont que des complications dues à la déshydration et à l'inanition de l'organisme.

L'asthénie, l'amaigrissement, la tachycardie, l'oligurie, le subictère, la dyspnée, la diminution des chlorures et de l'urée l'excès du taux de l'ammoniaque urinaire, la présence d'urobiline, de corps acétoniques, l'hyperglobulurie, etc., sont autant de signes qui traduisent dans leur ensemble et chacun en particulier la souffrance de chacun des organes nobles de l'organisme due à l'inanition.

Dans tous les livres de physiologie on nous apprend que la mort par inanition apparaît à une période où l'organisme a perdu de 25 à 40 % de son poids, perte qui correspond exactement à l'amaigrissement de la période terminale des vomissements incoercibles de la grossesse. Dans ce cas la graisse disparaît presque intégralement, le foie, la rate et les muscles se réduisent de moitié, quoi alors d'étonnant dans l'apparition du subictère et de l'asthénie ; le rein, l'intestin, le pancréas perdent environ 20 % de leur poids, il en est de même des surrénales et de toutes les autres glandes à secrétion interne. Comment alors, cette formidable désagrégation de la substance propre des tissus nobles ne peut-elle expliquer en totalité les perturbations qui se passent dans ce pauvre organisme de la femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles et engendrer, par l'ensemble de chacune des insuffisances fonctionnelles de tous ces organes tous ces signes dits d intoxication qui mériteraient davantage l'appellation de « signes d'inanition » ou de signe de dénutrition.

D'autre part, au moment de la mort par inanition, la plupart des organes diminuent dans des proportions considérables, mais par contre, le système nerveux, ce tissu essentiel, lui se conserve presque intact ; lorsque le foie perd 53 % de son poids, le système nerveux n'en perd que 2 ou 3 %. « Les cellules les plus élevées en hiérarchie, comme les cellules nerveuses, dit Richet, dans son livre de *Physiologie*,

survivent aux autres et leur empruntent les éléments nutritifs dont elles ont besoin puisque l'organisme se nourrit au dépens de ses propres tissus. » Faisons ce rapprochement dans l'évolution des divers signes des vomissements incoercibles de la grossesse et ne voyons-nous pas que les troubles nerveux n'apparaissent que tout à fait à la fin et alors il est tout à fait logique de les attribuer également à l'inanition.

Nous voyons donc que les signes d'intoxication n'existent pas ; si réellement il y a une intoxication c'est une intoxication spéciale en rapport uniquement avec les conséquences de la déshydratation et de l'inanition dont l'unique cause est le pithiatisme au sens le plus large du mot, à défaut d'autres plus explicites. Pithiatisme vrai ou, le plus souvent, pithiatisme latent qui se révèle brusquement sous l'influence d'une épine irritative quelconque organique ou même parfois épines irritatives morales ; celles-ci relèvent souvent du domaine de la psychiatrie et ne sont pas toujours faciles à mettre en évidence. Après un examen complet et un interrogatoire prolongé, on arrivera souvent à l'aide d'une « Psychanalyse » bien conduite, à déceler cette épine irritative morale : grossesse illégale, grossesse ignorée par les parents, le mari, grossesse compromettante, gênante et une infinie variété d'épines irritatives morales qui sont autant de cas d'espèces.

Nous ne voulons pas prétendre que le pithiatisme à lui seul peut provoquer les vomissements incoercibles, mais c'est le facteur nécessaire et indispensable pour transformer les vomissements bénins en vomissements graves.

On a été jusqu'à prétendre que les varices des membres inférieurs pouvaient être la cause des vomissements incoercibles de la grossesse. Au premier abord il semble ridicule d'admettre une pareille cause, mais, en analysant le fait un peu attentivement nous croyons qu'on peut l'expliquer aisément.

Chez une pithiatique qui, avant sa grossesse, ne présentait pas de varices et à laquelle on apprend que c'est sa grossesse qui lui a provoqué ces varices, si désagréables pour l'esthétique des jambes ; n'est-ce pas là une cause suffisante chez de telles femmes qui sont pour ainsi dire en état d'équi-

libre instable pour transformer les vomissements bénins en vomissements graves.

Cette femme n'aurait pas eu ses varices, n'est-il pas logique d'admettre qu'elle n'aurait pas présenté des vomissements incoercibles.

Nous concevons facilement combien sera lourde et difficile la tâche du médecin qui ne tiendra pas compte de ce facteur primordial qu'est le pithiatisme dans le déterminisme des vomissements incoercibles de la grossesse et les conséquences presque fatales qui le conduiront à l'apparition des signes d'inanition de l'organisme et si fréquemment à l'avortement provoqué, manœuvre que nous devons tendre à rayer de l'arsenal thérapeutique dressé contre les vomissements incoercibles d'autant plus que parmi nos maîtres les plus éminents : Demelini, Potoki, Brindeau et Lantuéjoul nous avons eu des initiateurs qui ont pu assumer cette lourde responsabilité d'affirmer n'avoir jamais recours à ce moyen extrême.

Nous approuvons tous les auteurs qui cherchent à supprimer la cause organique à laquelle ils incriminent les vomissements incoercibles, mais pour ceux qui ne veulent pas combattre l'unique cause capitale, le pithiatisme, nous craignons beaucoup pour eux les pires désastres car souvent ils seront fatalement amenés à l'avortement thérapeutique.

D'autre part tout, dans l'évolution des vomissements incoercibles de la grossesse semble plaider en faveur du pithiatisme ; la multiplicité des traitements qui ont été employés avec succès, l'action de la persuasion de la suggestion, l'action miraculeuse de l'isolement et de la psychothérapie et par ailleurs le fait capital bien mis en lumière par Brindeau et Lantuéjoul que ces vomissements incoercibles ne persistent jamais chez des femmes enceintes suivies dès le début de leur grossesse par des médecins compétents.

En effet rien que le seul fait de la multiplicité des traitements qui ont été employés avec succès prouve à lui seul la part prépondérante du pithatisme dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

On ne peut s'empêcher de sourire quand on parcourt l'interminable liste des traitements les plus divers et les plus

contradictoires employés par les divers auteurs. Nous avons pu recueillir dans les différentes thèses et publications, plus de trois cents traitements différents et les énumérer tous, serait plus long que d'énumérer ceux qui n'ont pas été employés. Dujardin-Beaumetz n'a-t-il pas recommandé la fumée de tabac comme moyen efficace pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse, un autre auteur cité par Luez n'a-t'il pas affirmé qu'il n'a pas été déçu une seule fois par le vésicatoire.

Demoulin n'a-t-il pas vanté le Kirsh Moreau, le Champagne, Lanzoni le vin mousseux.

L'alcool a eu aussi ses partisans, Dujardin-Beaumetz en tête, Rayer le donnait jusqu'à l'ivresse alcoolique.

En outre toutes les autres méthodes thérapeutiques ont été employées : la glace, les vésicatoires, les révulsifs, les poudres de feu, les sangsues, les pulvérisations et inhalations d'éther ou de chloroforme ; l'oxygénothérapie l'électrothérapie, l'autohémothérapie, la sérothérapie et toutes les autres... thérapies qu'on peut imaginer. Que penser de ce nombre considérable de remèdes et de méthodes thérapeutiques ; tous ont eu leur succès et leurs défenseurs, un grand nombre ont été considérés comme des spécifiques.

Huchard en parlant de l'hystérie disait : « Dans la thérapeutique de cette maladie tout réussit et rien ne réussit ». Ne peut-on pas répéter la même phrase pour les vomissements incoercibles de la grossesse. Nous sommes persuadés que tous ces traitements n'ont réussi que par persuasion, ils ont uniquement joué le rôle d'intermédiaire entre la malade et le médecin et le principale rôle a été celui de l'influence suggestive du médecin, qui, volontairement ou non, a pu substituer sa volonté à celle défaillante de la malade. Souvent les méthodes thérapeutiques qui frappent l'imagination davantage réussissent beaucoup mieux que les autres.

Enfin, l'action de la persuasion, de la suggestion, de l'hypnotisme, de l'isolement et, en général, de la psychothérapie, discutée au début s'est confirmée de plus en plus Pinard (1) lui-même, le plus ardent défenseur de la théorie toxique, dit : « Je n'ai jamais contesté la réalité de ces faits (guérison

1. Potocki, Soc. d'Obst., de Gyn et de Péd., 10 janvier 1910.

des vomissements par la galvanisation du pneumogastrique et surtout par la suggestion et par l'isolement), puisque j'ai pu les constater moi-même depuis longtemps. Mais l'interprétation qui leur a été donnée ne m'a jamais satisfait. »

Depuis une vingtaine d'années les observations plaidant en faveur de la théorie nerveuse n'ont cessé de croître dans de fortes proportions et actuellement elles se chiffrent par centaines.

La théorie nerveuse existant d'abord à l'état embryonnaire s'est vite développée à la suite des efforts de Doléris, Mathieu, Potocki et Beloux. Pendant une dizaine d'années elle semblait de nouveau être délaissée mais les travaux de Brindeau et Lantuéjoul l'ont définitivement édifiée sur une base solide. Nous ne sommes plus à la période ou l'avortement thérapeutique était conseillé lorsque le pouls se maintenait au niveau de 100 pulsations à la minute.

La théorie pithiatique a gagné beaucoup de terrain et ne cessera d'en gagner de plus en plus. Dans quelques années la théorie de l'auto-intoxication n'aura peut-être plus qu'un intérêt historique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique Tarnier, Service du Professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement.

Mme L... I-pare, 22 ans, comptable, enceinte de trois mois. entre à la Clinique Tarnier le 2 mai 1922 pour vomissements incoercibles.

Antécédents personnels. — Depuis une dizaine d'années elle a eu fréquemment des « crises d'embarras gastrique » à l'occasion desquelles elle avait des nausées et des vomissements. Les vomissements actuels ont commencé depuis le début du mois de mars, très fréquents et très abondants dès le début.

Le 3 avril : elle est obligée de s'aliter parce qu'elle était très fatiguée.

Les vomissements continuaient, la constipation très marquée.

Examen du 3 mai : La malade pesait 51 kilogrammes avant les vomissements, elle avait maigri de 10 kilogrammes.

Subictère conjonctival avec léger ictère généralisé. Pouls : oscillant entre 115 et 120.

Tension artérielle 11 1/2 — 5 (Pachon).

Urines rares et chargées.

Pas d'odeur acétonique de l'haleine.

Asthénie : très marquée.

Vomissements : abondants et fréquents : 400 grammes.

La femme n'a pu tolérer aucune alimentation.

Le 4 mai : isolement. 30 grammes de sulfates. Sérum glucosé sous la peau : 500 grammes de soude ; 1.200 grammes de bouillon de légumes.

Vomissements : 500 grammes.

Pouls : 130.

Urines : 250 grammes.

Le 5 mai : diète absolue pendant vingt-quatre heures. Sérum goutte à goutte rectal : 1.000 grammes.

Vomissements : 150 grammes.

Pouls : 110

Urines : 350

Poids : 40 kilogrammes.

Le 6 mai : diète hydrique 400 grammes ; injection de sérum glucosé (500 gr.).

Vomissements : 130 grammes

Pouls : 100.

Le 7 mai : sérum goutte à goutte rectal : 1.000 grammes

Eau : 500 centimètres cubes ; lait 500 centimètres cubes.

Vomissements 150, urines 200 grammes.

Pouls 105.

Le 8 mai : bouillie bismuthée de 900 grammes qu'elle ne garde pas. Sérum goutte à goutte 1000 grammes. Pouls 95. Urines 500

A partir du 9 mai les vomissements se sont arrêtés, le 12 mai elle commençait à suivre le régime normal.

Le 17 mai elle pesait 45 kilogrammes et le 22 mai 47 kilogrammes. Elle avait gagné sept kilogrammes en 17 jours.

Le 12 octobre, la femme est venue à la Clinique Tarnier, son accouchement s'est terminé normalement, c'était une grossesse gémellaire le premier enfant pesait 2.500 grammes et le deuxième 2.000 grammes Tous les trois ont quitté le service en bon état vers le 25 octobre.

OBSERVATION II

(Clinique Tarnier : Service du Professeur Brindeau)

Guérison par l'isolement.

Mme D..., 25 ans, I-pare, entre à la Clinique Tarnier le 12 octobre 1922 pour vomissements incoercibles et pour fistule à l'anus.

Date des dernières règles : 30 juillet 1922.

Antécédents. — Bronchites fréquentes tous les hivers.

Vers le 25 août la malade a commencé par avoir des vomissements alimentaires, rares d'abord.

Vers le 15 septembre elle ne pouvait plus supporter aucun

aliment et les vomissements devenaient de plus en plus fréquents. A la fin du mois de septembre, elle est obligée de s'aliter car elle était très fatiguée.

Le 9 octobre : elle a eu une très abondante perte de sang qui a duré toute une journée.

Le 10 octobre : La métrorragie s'était arrêtée, mais les vomissements devenaient de plus en plus fréquents.

Examen du 12 octobre 1922 : amaigrissement considérable ; au dire de la malade, elle aurait maigri de 11 kilos. Asthénie très prononcée, pouls à 98, urines 350 centimètres cubes.

Le 13 octobre : isolement.

Superpurgation au sulfate de soude.

Sérum glucosé sous la peau, bleu de méthylène sur le ventre.

Les vomissements diminuent ; urines 300 centimètres cubes.

Pouls : 100.

Le 14 octobre : sérum goutte à goutte rectal.

Les vomissements cessent. Pouls 90.

Urines : 400 centimètres cubes.

A partir de ce jour les vomissements n'ont plus reparu, l'état général s'est vite amélioré, les urines augmentèrent, le pouls rapidement revient à la normale.

Le 27 octobre : incision d'une fistule à l'anus, fistule borgne externe sous cutanéo-muqueuse : on introduit un stylet dans la fistule, on la transforme en fistule complète et on l'incise.

Un deuxième trajet monte un peu plus haut, on l'incise, cautérisation au thermo-cautère ; mèche.

Quelques jours plus tard, la femme quittait le service en excellent état.

OBSERVATION III

(Clinique Tarnier : Service du Professeur Brindeau)

Guérison par l'isolement.

Mme P..., 32 ans, II-pare, entre à la Clinique Tarnier le 25 octobre 1923 pour vomissements incoercibles ; les dernières règles dataient du 27 au 30 juillet.

Antécédents. — Père et mère cardiaques, morts jeunes.

Elle est née d'une grossesse gémellaire et a marché à l'âge de trois ans.

En 1913 : accouchement normal d'une fille actuellement bien portante ; infection puerpérale légère par la suite et phlébite double.

En 1918 : atteinte grippale ; hémoptysie abondante et unique à l'occasion de cette grippe.

Le début des vomissements remonte aux derniers jours du mois de septembre, d'abord alimentaires et espacés, puis de plus en plus fréquents.

Elle a suivi divers traitements qui ont tous échoué.

Le 25 octobre 1923, jour de son entrée à la Clinique Tarnier, l'amaigrissement était considérable, la femme se plaignait d'une grande lassitude, la constipation était très marquée, le pouls battait à 108, la température était de 37,6, les urines étaient rares et foncées ; la femme vomissait continuellement.

Le 26 octobre : isolement.

Sulfate de soude : 30 grammes qu'elle ne garde pas ; on lui donne une deuxième fois la même dose qu'elle conserve ; sérum glucosé sous la peau. Les vomissements sont toujours fréquents, les urines sont rares et foncées, le pouls est à 100.

Du 27 octobre au 1er novembre : on réhydrate énergiquement la malade par du sérum glucosé sous la peau, sérum goutte à goutte rectal et la femme commence à prendre du bouillon de légumes et un peu de lait.

Le pouls oscille entre 90 et 100, les urines sont toujours rares mais les vomissements diminuent.

Du 2 au 15 novembre : les vomissements quoique rares n'ont pas cessé complètement, la femme commencait déjà à s'alimenter progressivement, les urines augmentaient de quantité et atteignaient presque un litre en 24 heures ; le pouls oscillait entre 70 et 90.

Le 15 novembre : apparition d'une phlegmatia alba dolens au membre inférieur gauche.

Le 25 novembre : les vomissements qui étaient très rares ont cessé complètement.

Le 3 janvier : pertes liquides ; on craint la rupture des poches des eaux ; depuis il n'existe des pertes d'aucune sorte.

Le 21 février 1924 : petite embolie qui se manifeste par un léger point de côté et une hémoptysie légère qui se répète le 22 et le 23.

Le 6 mai 1924 : la femme accouche d'un garçon vivant pesant 2.500 grammes ; délivrance spontanée 580 grammes.

Le 20 mai elle quittait la maternité en bon état.

OBSERVATION IV

Clinique Tarnier : Service du Professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement.

Mme N. V..., Serbe, 28 ans, I-pare, entre à la Clinique Tarnier le 8 septembre 1923 pour vomissements incoercibles ; les dernières règles dataient du 3 juillet 1923.

Antécédents. — En septembre 1922 : paludisme à forme grave. Elle entre dans le service une première fois au mois de novembre 1922 où elle fit une fausse-couche spontanée de trois semaines qui, à l'examen, montra un œuf clair.

Le 3 juillet 1923 : elle a eu ses dernières règles, très peu abondantes, mais pendant neuf jours.

Au début du mois d'août elle commence par avoir des nausées, puis des vomissements rares d'abord, puis de plus en plus fréquents et abondants au bout de trois ou quatre jours ; la salivation devient de plus en plus abondante surtout la nuit ; acidité buccale et gastrique.

Le 24 août : les vomissements deviennent presque continuels.

Le 8 septembre, date à laquelle elle entre à la Clinique Tarnier, les vomissements étaient toujours très fréquents, la femme ne pouvait rien tolérer, c'est à peine si depuis quelques jours elle pouvait garder un peu d'eau glacée.

Examen. — Amaigrissement considérable, à son entrée elle pesait 48 kilos son poids normal était de 60, subictère des conjonctives, la constipation était très marquée.

Pouls à 130 ; température 37°8 ; urines très rares et foncées.

Le 9 septembre : isolement, psychothérapie, bleu de méthylène sur le ventre, réhydratation intensive.

Les vomissements continuent ; le pouls est à 120 ; urines 400 centimètres cubes. On continue le même traitement.

Le 10 septembre : les vomissements sont moins fréquents, le pouls est à 115 ; urines 450 centimètres cubes. On continue le traitement et on la purge ; au bouillon de légume on lui adjoint le lait et les légumes.

Du 11 au 13 septembre : elle continue à vomir mais tolère mieux le lait, les bouillies épaisses et les légumes ; la salivation persiste, le pouls oscille entre 110 et 120.

Les jours suivants, la femme vomit seulement la nuit mais commence à bien supporter le régime normal.

Le pouls se maintient au niveau de 100 ; les urines sont moins rares.

Le 17 septembre : les vomissements et la salivation cessent complètement ; le pouls est à 92 ; urines 700 centimètres cubes.

Le 21 septembre : la femme quitte le service en bon état.

OBSERVATION V

(Clinique Tarnier : Service du Professeur Brindeau)

Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Mme K... Z..., 26 ans, I-pare, entre à la Clinique Tarnier le 5 février 1924 pour vomissements incoercibles ; enceinte d'environ deux mois.

Antécédents. — Elle a été soignée à l'hôpital Cochin pour maladie de Basedow.

Le début des vomissements remonte au 12 janvier et en quelques jours ils ont acquis une grande intensité et certains jours elle a vomi jusqu'à vingt-cinq ou trente fois dans la journée.

Examen. — On est en présence d'une malade très amaigrie, ne pouvant tolérer aucune alimentation ; le pouls était à 108 à la température à 37°3, la constipation très prononcée comme de règle, et les vomissements étaient incessants. Sialorrhée. On fait d'emblée le traitement habituel de la Clinique Tarnier : isolement, psychothérapie, bleu de Méthylène sur le ventre, réhydratation énergique par toutes les voies.

Le 6 février : dans la matinée quelques vomissements.

On lui donne 30 grammes de sulfate de soude.

On lui fait du sérum goutte à goutte rectal, du sérum glucosé sous la peau.

Le pouls est à 100, la température à 37,2 ; les urines sont rares : 500 centimètres cubes en vingt-quatre heures.

Le 7 février : la malade n'avait plus que des nausées ; on la met d'emblée au régime ordinaire, le pouls est à 95, les urines toujours rares : 600 centimètres cubes.

Le 8 février, la sialorrhée diminue, les vomissements et les nausées cessent complètement rapidement son état géné-

ral s'améliore et le 16 février elle quitte le service en excellent état.

OBSERVATION VI

(Clinique Tarnier. Service du professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Mme M. G..., 26 ans, I-pare, enceinte d'environ trois mois, entre à la Clinique Tarnier le 29 septembre 1924 pour vomissements incoercibles. Elle a commencé à vomir le 10 septembre ; d'abord espacés, ils sont devenus très fréquents vers le 15, et presque continuels à partir du 20 septembre.

Le 29 septembre, jour de son admission à la Clinique Tarnier, la malade était très amaigrie, les vomissements très fréquents et la malade ne pouvait même absorber aucun liquide. Le pouls oscillait entre 94 et 100, sialorrhée abondante, la constipation était très marquée. On fait le traitement habituel du service, isolement, psychothérapie, bleu de méthylène sur le ventre, purgation au sulfate de soude jusqu'à tolérance parfaite, réhydratation énergique par toutes les voies.

Le 30 septembre, les vomissements cessent, la sialorrhée persiste ; on la met d'emblée au régime ordinaire et aux bouillies épaisses. Le pouls est toujours rapide et les urines rares. Mais très rapidement son état général s'améliore et le 8 octobre, la malade quitte le Service en bon état, c'est-à-dire douze jours après son entrée.

OBSERVATION VII

(Clinique Tarnier, Service du Professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Mme Ch. E..., V-pare de 37 ans, ayant mené les autres grossesses à terme, entre à la clinique Tarnier le 28 novembre 1924 pour vomissements incoercibles.

Date des dernières règles du 21 au 23 août.

Antécédents. — Appendicite et péritonite opérées en 1904.

Pleurésie gauche en 1916.

Le 6 octobre, elle a commencé à avoir de l'inappétence, des

nausées, des vomissements bilieux et des douleurs dans la région épisgastrique.

Depuis cette date, la malade n'a pas cessé de vomir jour et nuit parfois trois fois en une heure. Elle ne s'est plus alimentée qu'avec des liquides qu'elle a très rarement gardés.

A l'examen. — Les vomissements sont muqueux, jaunâtres, alors qu'ils étaient, au dire, de la malade noirâtres avec un peu de sang au début.

Les nausées sont presque continuelles.

La femme était dans un état d'amaigrissement extrême, cachectique, très prostrée, parlant avec beaucoup de peine.

Langue sèche, lèvres sèches, soif vive, conjonctives subictériques ; téguments flasques présentant un léger ictère.

Varicosités sur les pommettes ainsi qu'aux cuisses et aux chevilles. La malade dit avoir eu de grosses varices à ses grossesses antérieures.

Pouls : 142. Température 37°4. Oligurie. Tachyarythmie. Souffle diastolique. Pas de rhumatisme dans les antécédents. Tension artérielle 14-9 (Pachon).

La femme est difficile à examiner, facilement impressionnable, présentant de l'hyperesthésie cutanée.

On fait alors le traitement habituel du service : isolement, psychothérapie, bleu de Méthylène sur le ventre, réhydratation énergique.

Le 29 novembre, les vomissements diminuent, le pouls est à 130, température 37 degrés. Urines 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures.

L'examen des urines a révélé quelques traces d'albumine et 1,14 d'ammoniaque, acidité 0,23 %.

On continue le même traitement.

Le 30 novembre, à peine quelques vomissements, urines : 300 centimètres cubes ; pouls 118.

Le 1er décembre, un seul vomissement. Pouls 100. Urines 750 gr. La femme s'alimente.

Le 2 décembre, un seul vomissement, pouls 98, urines 1 litre en vingt-cinq heures.

Depuis, les vomissements ont cessé le subictère a disparu et la malade a quitté la maternité seize jours après son entrée en excellent état malgré son état impressionnant du début.

OBSERVATION VIII

(Clinique Tarnier, Service du professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Mme N..., I-pare, âgée de 24 ans, entre à la Clinique Tarnier, le 15 février 1925 pour vomissements incoercibles.

Date des dernières règles : du 21 au 24 décembre. Elle a commencé à vomir le 1er février et au bout de deux ou trois jours ils sont devenus très fréquents et elle ne pouvait supporter que le bouillon de légumes qui, le plus souvent, n'était pas longtemps gardé.

La malade avait essayé en vain divers traitements.

A l'examen. — On est en présence d'une femme amaigrie, quoique les vomissements étaient vraiment incoercibles et paraissaient graves, son état général était relativement peu affecté.

Le pouls était à 90, la température à 37°5, la constipation opiniâtre ; les urines rares et chargées.

On fait le traitement du service : isolement. psychothérapie, bleu de méthylène sur le ventre, purgation saline jusqu'à tolérance réhydratation énergique.

Très rapidement son état s'améliore ; dès le lendemain les vomissements avaient complètement cessé et le 24 février la femme quittait la clinique Tarnier en excellent état.

OBSERVATION IX

(Clinique Tarnier, Service du professeur Brindeau)
Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Mme Ba..., I-pare, 21 ans, entre à la Clinique Tarnier le 11 juin 1926 ; elle est envoyée par le Dr Manet, pour vomissements incoercibles.

Date des dernières règles le 5 avril.

Antécédents. — Opérée il y a quelques années d'une appendicite.

Le début des vomissements remonte vers la fin du mois de mai ; rares au début, au bout de deux ou trois jours ils sont devenus très fréquents.

Après divers traitements, qui n'ont donné aucun résultat, le

Dr Manet lui a conseillé de se faire hospitaliser afin qu'on l'isole.

Le jour de son admission à la clinique, la malade était très amaigrie, elle aurait maigri de 6 kilos en quinze jours.

Les vomissements étaient continuels.

Le pouls était à 98, la température à 37°4, la constipation était marquée, la malade urinait très peu.

On lui fait le traitement habituel de la Clinique Tarnier : isolement, psychothérapie, bleu de méthylène, réhydratation énergique.

Rapidement son état s'améliore, les vomissements cessèrent le jour même de son admission, et le 19 juin elle quitte le service en excellent état.

OBSERVATION X

(Résumé par M. Lantuéjoul dans le *Paris médical* du 21 juin 1924.)

« Primipare au début de sa grossesse, arrivée à la Pitié dans un état lamentable avec vomissements incessants, pouls à 120. Ictère. Amaigrissement extrême.

« Bien que persuadué de l'origine névropathique de ces vomissements, on décide de pratiquer le lendemain matin l'avortement thérapeutique si l'état général ne s'est pas amélioré ; on hésite même à le pratiquer de suite.

« Isolement, guérison rapide accouchement à terme. »

OBSERVATION XI

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul, ainsi que les cinq observations suivantes. « *Les leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier* ; année 1926. *Vomissements et psychothérapie* ».)

« Une femme arrivée à la Pitié, très amaigrie, le pouls battant aux environs de 120, subictère, pigments biliaires dans les urines. Cette femme était enceinte de deux mois ; son état général était si grave que mon maître M. Brindeau pensa être obligé de faire un avortement immédiat. Il consentit cependant à ce que, pendant quelques heures, on essayât de la traiter uniquement par

la psychothérapie. Elle guérit immédiatement dans de telles conditions que deux ou trois jours après elle était considérée comme normale et qu'elle put quitter l'hôpital et accoucher à terme ultérieurement. »

OBSERVATION XII

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul.)

J'ai observé récemment une femme de 23 ans, enceinte de deux mois et demi avec vomissements incessants ; cette femme disait n'avoir pris aucun aliment depuis un mois. A l'examen, amaigrissement extrêmement intense : cette femme de taille normale, quinze jours après son entrée dans le service, alors qu'elle était déjà très améliorée, pesait 31 kgr. 800. Les urines était rares ; 375 grammes en vingt-quatre heures. La peau était sèche, rugueuse. Il existait de la constipation. Les mouvements se faisaient avec une grande difficulté et la malade répondait difficilement aux questions qui lui étaient posées. Elle présentait un délire tranquille. La température était à 37 degrés, le pouls à 140, le cœur avait un rythme embryocardique, subictère conjonctival, globules rouges 4.700.000. Urée sanguine 0 gr. 31. En somme tous les symptômes graves des vomissements incoercibles, pouls extrêmement rapide, subictère, gros amaigrissement asthénie, oligurie, etc.

Cette femme a parfaitement guéri par l'isolement et la psychothérapie, on a fait un peu d'adrénaline en dehors de nos prescriptions d'ailleurs, ses vomissements ont complètement cessé et elle a pu par la suite reprendre une alimentation normale. Elle est sortie du service dans d'excellentes conditions.

OBSERVATION XIII

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul).

Dans un autre Service où j'étais interne il y a quelques années, une femme me fut envoyée par un accoucheur pour qu'on pratiquât au plus vite un avortement thérapeutique. Cette femme fut prise en observation et traitée par l'isolement et la psychothérapie. Elle n'eut qu'un seul vomissement ; dix minutes après

son entrée elle était guérie de façon complète. Je l'ai accouchée personnellement à terme, quand j'étais interne de M. Demelin, à Lariboisière.

OBSERVATION XIV

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul).

Il est sorti aujourd'hui même de la clinique une femme étrangère, très intelligente, désirant conserver sa grossesse, qui avait été hospitalisée au début du mois de décembre pour vomissements incoercibles très graves. Cette femme avait été envoyée par un confrère que nous connaissons particulièrement ; elle a guéri en quelques jours par l'isolement et la psychothérapie ; elle est retournée chez elle pendant un mois. Au bout de quelque temps elle a recommencé à vomir et elle a été renvoyée ici ; vingt-quatre heures plus tard elle était guérie et elle est repartie le troisième jour.

OBSERVATION XV

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul).

Il s'agit d'une jeune femme, un intellectuelle qu'il était difficile de persuader.

L'année précédente un avortement thérapeutique avait été fait pour un syndrome de vomissements graves. Elle est redevenue enceinte et a recommencé à avoir des vomissements incoercibles graves. Nous avons pu la prendre alors qu'elle n'était pas encore dans un état extrêmement grave. Elle venait pour qu'on la fasse avorter de nouveau. Cette femme de mentalité très développée, très cultivée, ayant même une certaine éducation médicale a guéri par simple psychothérapie en croyant subir une thérapeutique très active.

OBSERVATION XVI

(Résumé de l'observation de M. Lantuéjoul).

Il s'agit d'une femme, une multipare qui comme celle de l'observation précédente avait subi un avortement thérapeutique

l'année précédente pour vomissements incoercibles. Elle est redevenue enceinte et a présenté de nouveau des vomissements incoercibles graves. Cette femme que j'avais tenté de traiter par un avortement simulé avait cru évidemment à l'intervention, je l'avais fait endormir et j'avais barbouillé ses cuisses avec du sang provenant d'un placenta. Elle avait cessé de vomir, mais le lendemain de l'opération elle vomissait à nouveau et me disait : « Certainement, vous m'avez enlevé un enfant, mais je devais en avoir deux, car j'ai encore un autre ». Cette femme se sentait enceinte dit M. Lantuéjoul. J'avais fait une erreur de psychothérapie parce que j'avais compté sans cet ensemble de petits symptômes qui font qu'il est impossible de tromper une multipare sur son état de grossesse ; elle se sait enceinte, il est impossible de lui démontrer qu'elle ne l'est pas. J'ai été obligé de passer toute une matinée avec elle pour la faire manger de force d'abord, puis de bonne volonté ensuite ; elle a guéri de façon complète.

OBSERVATION XVII (Résumé).

(Rapportée par M. Brault, de Rennes,
à la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris. Séance du 8 mai 1922.)
Guérison par l'isolement.

Mme B..., I-pare, 30 ans, enceinte de deux mois et demi envoyée au Dr Brault pour vomissements incoercibles graves ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques, afin de pratiquer l'avortement thérapeutique. Admise à la Maternité le 27 février 1921.

Le début des vomissements remonte au 4 janvier :

Malade très amaigrie, subictère généralisé, asthénie profonde, urines rares et colorées, poul 130, température, 37°3.

Traitement. — Isolement ; injections d'huile camphrée. Injection de 20 centimètres cubes d'hémostyl, 250 centimètres cubes de sérum glucosi sous la peau. Goutte à goutte rectal. Alimentation légère et progressive.

A partir du 6 mars : légère amélioration.

Le 9 mars : le pouls est au voisinage de 100, l'état général meilleur, l'asthénie a diminué sensiblement, la malade garde un litre de lait et deux œufs.

L'amélioration s'accentue de plus en plus et le 19 mars (20 jours après son entrée) elle est complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

(Résumé de l'observation rapportée par MM. Audebert et Gray à la Société d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Séance du 29 juin 1923.) *Guérison par la suggestion.*

I-pare de 28 ans, envoyée à la Clinique d'accouchements avec le diagnostic de « vomissements incoercibles nécessitant l'avortement thérapeutique ».

Date des dernières règles : du 19 au 27 mars 1923. Les premiers vomissements sont apparus le 17 mai, malgré divers traitements l'intolérance gastrique ne fait que s'aggraver.

Elle entre à la clinique d'accouchements le 5 juin.

Examen. — Amaigrissement. Teinte subictérique, l'abattement est peu accusé mais la voix est rauque et traînante; haleine fétide, langue légèrement saburrale. Pouls 135, température 37 degrés.

Traitement. — Injections d'huile camphrée, adrénaline, goutte à goutte rectal.

Le 6 juin : la malade a eu plusieurs vomissements la nuit.

On tente le traitement psychothérapique :

La malade est prévenue qu'il faut pratiquer une opération après quoi les vomissements ne se renouvelleront plus. Elle est amenée à 10 heures à la salle d'opération, un plateau contenant de nombreux instruments est placé sur une table bien en vue, puis on donne quelques bouffées d'éther. Quand la malade est devenue subconsciente, on introduit un spéculum, puis un tampon de coton est placé dans le vagin et la malade est finalement rapportée dans son lit. Quelques heures après ce simulacre d'opération elle a pu absorber un bol de lait.

Rapidement les vomissements furent rares et au bout de deux ou trois jours ils cessèrent complètement.

L'état général s'améliora progressivement et la malade est complètement guérie.

Cette observation montre, disent les auteurs, après tant d'autres qu'avant de recourir à l'ultime ressource de l'avortement provoqué, on se trouvera bien dans bon nombre de cas,

d'essayer le traitement de Le Lorier et la suggestion isolés ou associés.

OBSERVATION XIX (Résumé)

(Observation de pseudo-vomissements graves de la gestation d'origine pithiatique rapportée par M. Le Lorier à la Société d'Obst. et de Gyn., 1924.)

Au mois d'octobre 1923, mon collègue et ami Alglave me pria de voir d'urgence une femme enceinte de trois mois et demi qui depuis plusieurs jours présentait des vomissements d'une extrême intensité, extrêmement impressionnants par leur violence, leur retentissement sur le cœur qui se traduisait par un pouls misérable et un état lipothymique presque syncopal à certains moments. La situation avait paru tellement grave à Alglave qu'il m'appelait avec l'idée que la provocation de l'avortement s'imposait presque d'urgence.

Examen. — Femme pâle, amaigrie, crises de vomissements durant de deux à quatre minutes se renouvelant tous les quarts d'heure ou toutes les demie heures aboutissant à l'expulsion de salive mêlée ou non à de la bile ; ces vomissements débutèrent il y a quinze jours, mais sont devenus plus intenses depuis trois jours empêchant tout sommeil.

Urines rares, foncées : 300 grammes en vingt-quatre heures.

Pouls : très rapide et misérable.

D'emblée mon impression fut qu'il existait chez cette femme un état névropathique assez accentué. Je prescrivis de mettre auprès de la malade une garde expérimentée et ferme et j'interdis complètement l'accès de la famille auprès de la jeune femme.

Lavement de chloral.

Sérum sous-cutané (1 litre).

Enveloppements humides chauds du front.

Le lendemain je revis la malade ; la nuit avait été mauvaise, les crises de vomissements s'étaient reproduites avec plus de violence que jamais, la garde avait fait venir le médecin traitant de la malade qui avait eu l'impression à plusieurs reprises qu'une syncope était imminente.

Au moment où je la revis je lui fis une injection de morphine

pour la soulager et la rendre plus accessible à la suggestion.

Psychothérapie. Suggestion.

Guérison rapide au bout de quelques jours.

Le Lorier souligne la transformation surprenante et rapide de l'etat de cette femme qui considérée comme mourante la veille, mangeait dès le lendemain n'importe quoi et sortait se promener quatre ou cinq jours après.

OBSERVATION XX

(Résumé de l'observation I de la thèse de Ferru).

Guérison par un simulacre d'avortement.

Mme J. F., 30 ans II-pare. entre à la maternité de l'Hôpital Beaujon le 23 septembre 1925 pour vomissements incoercibles.

Les dernières règles datent du 1er au 4 août.

Les premiers vomissements ont commencé au début du mois de septembre et progressivement sont devenus de plus en plus fréquents.

A son entrée à la Maternité les vomissements étaient fréquents, le teint est mat un peu cholémique avec léger subictère conjonctival ; la température est normale, le pouls est instable entre 80 et 90.

Tension artérielle : 14-8 (Pachon). Urines rares (500 cmc.) hautes en couleurs; contenant de l'urobiline et avec réaction de Gerhardt positive.

Malgré l'isolement, un traitement réhydratant énergique, l'administration d'adrénaline et d'atropine, les vomissements ne sont pas moins fréquents, le pouls oscille entre 80 à 104.

Le 28 septembre : Devant l'état stationnaire se pose nettement la question de l'avortement provoqué ; mais nous obtenons de notre maître Funck-Brentano la permission de tenter un simulacre d'avortement avant d'interrompre effectivement la grossesse.

La malade est transportée à la salle d'opération, ou des plateaux bien en vue contiennent de nombreux instruments. On lui donne quelques bouffées d'éther, et quand elle est devenue subconsciente on met un spéculum qui permet d'introduire dans le vagin et d'y laisser une mèche de gaze iodoformée.

Le soir même la malade absorbe une tasse de thé qu'elle ne vomit pas.

Le 29 septembre, on fait le simulacre de retirer du vagin une mèche de gaze imbibée de sang.

La malade nous dit qu'elle se trouve mieux ; elle prend un bol de café au lait et n'en rejette qu'une partie.

La femme rapidement reprend du poids, retrouve son teint habituel et quitte la Maternité le 15 octobre. Elle est en parfait état et convaincue qu'elle est débarrassée d'une grossesse qui l'ennuyait profondément pour des raisons d'ordre social qu'elle avoua à la surveillante du service.

OBSERVATIONS XXI, XXII et XXIII

(Résumé des trois observations de MM. Vallois et Coll de Carrera. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1925.)

Résumé de la première observation

Femme de 24 ans, enceinte d'un mois et demi, II-pare, entre à la Maternité le 24 octobre 1924 pour vomissements incoercibles. Dès le début de sa grossesse elle a présenté des vomissements d'abord peu abondants, puis rapidement ils furent graves et à son entrée l'intolérance gastrique était absolue.

Examen. — Malade amaigrie, température normale, pouls battant au-dessus de 100 ; les urines rares, hautes en couleurs légèrement albumineuses (moins de 300 cmc. en 24 heures le 27 octobre).

Traitement. — Lavements purgatifs, lavements de chloral, sérum adrénaliné sous la peau, opium, belladone.

Il faut ajouter à cela une psychothérapie aussi active que possible. Rapidement l'état de la malade s'améliora ; au bout de trois jours les vomissements cessèrent complètement, le pouls retombait aux environs de 80, la quantité des urines émises en vingt-quatre heures remontait à un taux normal et la malade s'alimentait sans le moindre accident, s'accommodant du régime ordinaire de la Maternité.

La femme quittait la Maternité en excellent état, un mois après son entrée.

Résumé de la deuxième observation.

Femme de 22 ans, primigeste, sans antécédents pathologiques, souffrant cependant, à l'habitude, d'une dysménorrhée utérine, entre à la Maternité le 14 novembre 1924. Enceinte de deux mois ; elle vomissait depuis trois semaines et rapidement les vomissements devinrent incoercibles.

L'examen somatique de la malade n'ayant rien révélé de particulier, l'intolérance gastrique absolue ayant été dûment constatée dans le service, nous soumettions aussitôt la femme au traitement dont nous n'avions eu qu'à nous louer dans notre premier cas. Par mesure de psychothérapie nous plaçâmes cette nouvelle venue dans la salle où se trouvait déjà notre première malade, complètement rétablie, mais celle-ci se remit aussitôt à vomir, au point que nous dûmes la changer de salle, moyennant quoi tout rentra dans l'ordre.

La seconde malade traitée de la même manière que la première, guérit rapidement ; au quatrième jour les vomissements cessaient ; le pouls qui primitivement battait aux environs et au-dessus de 100, tombait à la normale ; les urines d'abord sérieusement diminuées augmentèrent progressivement et la malade guérie, quittait la Maternité en excellent état le 6 décembre 1924, soit vingt-deux jours après son entrée.

Résumé de la troisième observation.

Secondigeste de 35 ans, entre à la Maternité en décembre 1924 pour vomissements incoercibles.

Enceinte pour la deuxième fois, de fin octobre 1924, cette femme à la fin de novembre présenta des vomissements qui rapidement devinrent incoercibles.

Le 7 décembre, le médecin traitant après échec de divers traitements l'adressa à la Maternité.

Examen. — D'emblée cette femme apparut beaucoup plus gravement atteinte que les deux autres : subictère conjonctival et de la peau, vomissements fréquents, sialorrhée intense, pouls 120, urines rares, foncées, légèrement albumineuses, sels biliaires, bilirubine, 0 gr. 80 de chlorure et 35 grammes d'urée par litre.

Devant ce tableau on institua le même traitement que chez

les deux précédentes malades (lavement purgatif, chloral, etc. Psychothérapie active) ; nous avions vite la satisfaction de voir s'améliorer un état qui apparaissait comme particulièrement grave. Les vomissements cessaient au cinquième jour, les urines augmentaient de quantité, le pouls revenait à la normale, le teint s'éclaircissait, l'alimentation normale pouvait être reprise et la malade guérie quittait le service le 20 décembre, c'est-à-dire treize jours après son entrée à la Maternité. Mais deux jours après son retour à domicile les vomissements reparurent et devinrent rapidement incoercibles. Le médecin traitant pendant huit jours ne put rien faire pour les arrêter.

Le 1er janvier, la malade entra de nouveau à la Maternité dans un état grave : vomissements incessants, acides, salivation abondante, douleur intense au creux épigastrique, pouls à 115. Ictère, odeur acétonique de l'haleine. Urines rares (350 gr. le 2 janvier et 180 gr. le 3 janvier). Céphalée, diplopie, bourdonnements d'oreilles.

Le 3 janvier, dilatation du canal cervical par la méthode de Copeman.

Le 4 janvier, l'état demeurant stationnaire, le pouls se maintenant comme la veille à 140, on pratique l'avortement thérapeutique.

Le lendemain les vomissements cessaient complètement et rapidement l'état général s'améliore et le 2 février la femme quittait la Maternité en excellent état.

Dans cette troisième observation nous voyons qu'il s'agit en résumé d'une malade atteinte de vomissements incoercibles, qui a parfaitement bien guéri par la psychothérapie, mais qui par la suite fit une seconde récidive où la psychothérapie n'arrêta pas les vomissements.

Faut-il conclure hâtivement et dire dans ce cas que la psychothérapie a échoué ? Nous ne le croyons pas car à notre avis, l'échec de la psychothérapie dans de pareils cas est dû à une erreur de psycho-diagnostic.

Comparons cette observation à l'observation XVI de M. Lantuéjoul. On conçoit aisément que M. Lantuéjoul aurait eu sûrement un échec complet s'il n'avait changé d'attitude envers sa malade récidiviste. Fort heureusement il a vite reconnu son erreur de psychothérapie, mais il y a

rapidement remédié et la malade a guéri de façon complète.

C'est surtout chez cette catégorie de malades qu'il faut redoubler de vigilance et faire une petite enquête ; souvent à l'aide d'une psychanalyse délicatement conduite on arrivera à se rendre compte de « l'épine irritative morale » qui les contraint à désirer l'avortement.

Nous sommes persuadés que M. Vallois aurait obtenu le même résultat par un simulacre d'avortement, méthode de psychothérapie plus sûre que la méthode de Copeman ; si elle échoue le médecin n'aura plus de ressources que dans la psychothérapie énergique, comme nous le verrons au chapitre du traitement des vomissements incoercibles.

OBSERVATION XXIV

(Résumé de l'observation de M. Garipuy,
Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris, 1907.)
Guérison par le simulacre d'avortement.

Secondipare de 22 ans, entre à Lariboisière le 29 décembre 1906, pour vomissements incoercibles, dans le service de M. Bonnaire.

Enceinte d'environ un mois et demi.

Antécédents. — Mère atteinte de maladie nerveuse.

Malade très impressionnable, a des crises de larmes et se met souvent en colère.

Il y a deux ans, elle fut admise à la Maternité de Lariboisière au deuxième mois de sa grossesse pour vomissements graves ; après l'échec de divers traitements M. Bonnaire pratiqua l'avortement thérapeutique. Les vomissements cessèrent peu à peu en deux jours.

Le 29 décembre, jour de son entrée à la Maternité, la malade est dans un état grave. Vomissements incessants, teint plombé, ses yeux excavés, son nez pincé, ses lèvres rouges et sèches.

Le ventre est rétracté, les épines iliaques font saillie sous la peau de façon caractéristique ; constipation opiniâtre. Pouls 90.

Quelques troubles nerveux : diminution du champ visuel, abolition du réflexe pharyngien, plaques d'hyperesthésie et d'anes-

thésie disséminés à la surface du corps, signes qui peuvent être attribués à l'hystérie.

Insuccès de toute thérapeutique et particulièrement de la superpurgation et du déblayage de l'intestin.

Sans perdre plus de temps à essayer des médications diverses, mais aussi avant de recourir d'urgence à l'évacuation de l'utérus, M. Bonnaire décida d'user de la suggestion et de simuler grâce à la dilatation du col, la pratique de l'avortement provoqué déjà connue de la malade.

L'effet de la suggestion eut été nettement démonstratif si on se fut contenté d'endormir la femme, de pratiquer au niveau du vagin seulement une intervention légère destinée à lui laisser l'impression de manœuvres opératoires subies.

M. Bonnaire fit plus, il appliqua la méthode de Copeman. La série de bougies de Hegar fut introduite sous narcose au chlorure d'éthyle jusqu'au n° 18 dans le canal cervical.

A son réveil, la malade était d'autant plus convaincue que l'avortement était effectué qu'on lui fit passer sous les yeux une cuvette avec quelques caillots de sang.

Depuis, les faits cliniques se sont succédés exactement comme après l'avortement véritable d'il y a deux ans. Deux jours après les vomissements avaient complètement cessé et la guérison fut rapide.

OBSERVATION XXV

(Résumé de l'observation de G. Fieux.
Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux, 1906).
Guérison par un simulacre d'opération génitale.

Le 18 septembre 1899, un de nos confrères amenait dans le service de la Maternité une jeune femme de 20 ans atteinte de vomissements graves.

Date des dernières règles du 15 au 20 juin.

Antécédents : à 18 ans une première grossesse avec vomissements incoercibles et à plusieurs reprises fut posée la question d'avortement thérapeutique ; pourtant la grossesse fut menée à terme.

Quinze jours après l'arrêt des règles : nausées, ptyalisme, vomissements de plus en plus fréquents ; la malade pouvait tolé-

rer à peine tantôt des boissons chaudes tantôt des boissons froides. Dans la première quinzaine de septembre, l'intolérance devient presque absolue et c'est dans un état absolument alarmant que son médecin l'amène à la Maternité le 18 septembre.

Examen. — Amaigrissement considérable 37 kilos à son entrée, au lieu de 50 kgr. 900 avant la grossesse. On avait essayé une multitude de traitements qui ont tous échoué et la malade nous déclara tout net à l'arrivée : *qu'elle était persuadée qu'elle ne guérira qu'une fois l'avortement réalisé*. La langue est sèche et rouge, la soif ardente, température 37°2, pouls 130, les urines sont rares, couleur acajou et légèrement albumineuses.

Le jour de son arrivée, je lui fais comprendre qu'on ne pourra l'opérer comme elle le désire que si elle se remonte un peu. Elle garde alors un peu de thé au rhum et du champagne frappé, ce qu'elle n'avait pas fait depuis un certain nombre de jours.

Il était temps de prendre une détermination. Cependant, avant de recourir à l'ultime ressource thérapeutique, l'avortement thérapeutique, je résolus de tenter le procédé de Copeman. L'intervention fut faite sans difficulté et dura quinze minutes, sous anesthésie au chloroforme. Au réveil la malade est avertie que : *l'opération est faite et que par conséquent elle ne doit pas vomir*. Elle déclare, en effet, qu'elle se sent déjà beaucoup mieux, et, malgré l'anesthésie chloroformique elle prend le soir du bouillon et du lait qu'elle garde.

Le lendemain 21 : elle peut supporter des biscuits et le surlendemain de la viande blanche.

Le 24, elle quitte le service, nous remerciant vivement de l'opération qui l'a si bien soulagée. Sa mère au courant de ce qui a été fait nous promet le secret le plus absolu.

Dans les semaines qui suivent son départ de la Maternité elle constate bien qu'elle grossit un peu, mais elle met ceci sur le compte de l'embonpoint qui accompagne le relèvement de ses forces et ne s'en préoccupe pas davantage.

Mais dans les premiers jours de novembre, six semaines après la guérison elle ressent dans son ventre quelques mouvements qui lui rappellent ce qu'elle a déjà ressenti à l'occasion de sa première grossesse.

Elle en fait part à sa mère qui ne croit pas utile ni possible de cacher plus longtemps la vérité.

A vrai dire, cette nouvelle fut l'occasion d'un certain choc, les

vomissements reparurent pendant quarante-huit heures ; mais bien vite la malade se ressaisit et la grossesse poursuivit son cours sans incidents.

« Je n'userai pas de cette observation, dit l'auteur, pour essayer d'éclairer la pathogénie toujours si obscure de ce que l'on appelle les vomissements incoercibles de la grossesse. Cette histoire ne me fera pas prendre parti plutôt pour ceux qui considèrent les vomissements comme le résultat d'une auto-intoxication, que pour ceux qui ne voient là qu'une manifestation d'un nervosisme exagéré. Si j'ai publié ce fait, ce n'est point non plus pour recommander le procédé de Copemann plus qu'un autre, c'est tout simplement pour rappeler que le vomissement grave de la grossesse ne possède pas de traitement spécifique. Avant de recourir à l'avortement thérapeutique, il est légitime de s'adresser à ces mille petits moyens décrits et connus, qui, *a priori*, paraissent étranges, mais qui n'en arrêtent pas moins le cours de cette affection si décevante aussi bien pour celui qui en recherche la nature que pour celui qui en recherche la guérison. »

OBSERVATION XXVI

(Rapportée oralement par M. Devraigne à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 13 février 1922).

« Dans la question du pronostic des vomissements incoercibles, le pouls n'est pas le seul critérium pour juger de la gravité des cas cliniques. J'ai actuellement dans mon service de la Charité une malade qui prouve cette affirmation. Entrée en médecine pour vomissements incoercibles au début d'une gestation, on diagnostique chez elle un kyste de l'ovaire et on la passe en chirurgie où on lui fait l'ablation de ce kyste : je n'ai pu avoir des détails sur la nature de ce kyste. Malgré ce traitement chirurgical, elle continue à vomir et est passée dans mon service dans un état grave : subictère, vomissements vraiment incoercibles, accompagnés de sang, pouls régulièrent entre 120 et 130, oligurie. *La femme voulait qu'on l'avortât.* Je fais faire, après

purgations sérieuses et injections répétées de sérum salé et glucosé, deux numérations globulaires par le Dr Daunay. Elles indiquent 4 500 000 et 5 millions globules. Malgré l'état impressionnant de la malade, malgré son pouls élevé, me basant uniquement sur les numérations globulaires normales (ne donnant pas de la polyglobulie connue je l'ai démontré depuis 1904, contrairement à l'opinion classique jusque-là qui voulait avec Tuschkai, qu'il y eut de l'anémie globulaire dans les cas graves, je décidai de ne pas intervenir ; *j'affirmai à la malade que je ne la ferais pas avorter* et continuai à lui faire injecter chaque jour des lipoides de corps jaune et d'ovaire, Une légère température qui me semblait anormale fut expliquée par l'apparition d'une otite. La malade, suivie trois semaines, va bien, ne vomit plus et va sortir désintoxiquée, contente même de continuer. »

Dans cette observation il est intéressant de noter que cette femme « voulait qu'on l'avortât ».

Est-ce l'affirmation de M. Devraigne à la malade « qu'il ne la ferait avorter » ou est-ce l'injection de lipoides de corps jaune et d'ovaire qui ont le plus contribué à arrêter les vomissements.

Nous croyons plutôt que M. Devraigne a fait de la bonne et énergique psychothérapie.

D'autre part dans la littérature, nous pourrions puiser un grand nombre d'observations plaidant en faveur de l'importance de la suggestion et de la psychothérapie dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Chaque médecin, persuadé que sa méthode thérapeutique est bonne, a beaucoup de chances d'arrêter les vomissements car il prescrit sa méthode avec tellement de foi, de fermeté et de persuasion de guérir que sans le vouloir il fait de la psychothérapie et accapare la confiance de sa malade.

Entre mille observations, prenons celle-ci rapportée par M. Rathery un des plus fervents défenseurs de l'emploi de l'adrénaline dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

OBSERVATION XXVII

(Observation de M. Rathery
dans le *Bull. de la Société Médicale*, du 4 juin 1920).

Femme de 22 ans, enceinte de deux mois environ, vomissements très graves (15 à 20 vomissements par jour). A son entrée, état d'inanition extrêmement prononcé, traits tirés, yeux excavés, ventre creusé en bateau ; les téguments sont flasques, gardant longtemps les plis imprimés par un pincement digital. Apathie profonde ; la malade répond péniblement aux questions, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, mais la Réaction de Gerhardt, celle de Lieben sont extrêmement positives... Le 8 mai, l'état de la malade était resté le même, l'estomac ne tolérant pas la moindre prise de liquide. Thérapeutique: 250 centimètres cubes de sérum dans lequel on incorpore X gouttes au millième sous la peau.

Le 9 mai, amélioration, la malade n'a vomi qu'une seule fois dans la nuit. Thérapeutique : un milligramme d'adrénaline en injection sous-cutanée, 250 centimètres cubes de sérum goutte à goutte glucosé, XX gouttes d'adrénaline en ingestion.

Le 10 mai, les vomissements ont disparu. Ils ne reparaîtront plus. En deux jours de traitement, ils se produisit une transformation tellement complète de l'organisme que, malgré la loi des coïncidences, qui doit toujours être présente à notre esprit, quand il s'agit d'une action thérapeutique quelconque, il est bien difficile de ne pas pouvoir admettre les heureux effets de la médication.

Nous avons observé, il y a quelques mois un cas à peu près analogue et l'effet thérapeutique s'est fait sentir immédiatement dès son administration.

M. Lantuéjoul a rappelé cette observation dans les *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1926 et fort judicieusement fait la critique suivante :

« Nous verrons qu'il nous est possible d'interpréter cette guerison comme autre chose qu'une coïncidence. Pour parler nettement, j'ai l'impression que l'influence personnelle du médecin est intervenue pour guérir avec autant de rapidité un état général aussi grave, ceci dit sans vouloir nier l'action possible de l'adrénaline. »

OBSERVATION XXVIII

(Clinique Tarnier, Service du Pr Brindeau,
en collaboration avec M. Lantuéjoul).
Guérison par la psychothérapie.

M..., âgée de 24 ans, I-pare entre à la Clinique Tarnier le 18 décembre 1927 pour vomissements incoercibles.

Dates des dernières règles du 15 au 18 octobre.

Pas d'antécédents pathologiques appréciables.

Le début des vomissements remonte au début du mois de décembre, d'abord alimentaires et espacés ils sont devenus de plus en plus fréquents et à partir du 9 décembre ils sont devenus très fréquents.

Successivement elle fit appeler trois médecins qui n'ont pu rien faire pour arrêter les vomissements.

Le troisième lui prescrit de l'adrénaline qui, au dire de la malade a légèrement diminué la fréquence des vomissements et le troisième jour il l'adressa à la Clinique Tarnier.

Le 18 décembre 1927 : *A L'examen* : on se trouve en présence d'une femme amaigrie, son poids normal était de 53 kilos, à son entrée elle pesait 49.

Les vomissements étaient fréquents ; dans la matinée elle avait vomi cinq ou six fois dans l'espace de deux heures.

Le pouls ; était à 92.

La température à 37°3 ; constipation opiniâtre.

Pas d'odeur acétonique de l'haleine.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Sialorrhée abondante.

On institue d'emblée le traitement habituel de la Clinique Tarnier : isolement.

Psychothérapie ; bleu de méthylène sur le ventre.

Le 19 décembre : depuis la veille au soir la malade n'a plus vomi; dans la nuit elle a eu quelques nausées.

Purgation saline au sulfate de soude.

Sérum glucosé (500 cmc.) sous la peau.

Sérum en goutte à goutte rectal 1.000 grammes.

Diète hydrique toute la journée.

Pouls 88.

Température 37 degrés.

Urines : 600 centimètres cubes.

Pas de vomissements.

Le 20 décembre :

Pas de vomissements.

Quelques nausées, sialorrhée.

On la met d'emblée au régime ordinaire du service.

Rapidement son état s'améliore et le 28 décembre elle quitte le service en excellent état.

OBSERVATION XXIX

(Clinique Tarnier, Service du Professeur Brindeau, en collaboration avec M. Lantuéjoul)

Guérison par la psychothérapie.

Mme L..., âgée de 23 ans, I-pare, entre à la Clinique Tarnier le 30 décembre 1927 où elle est adressée par le Dr N. de Nanterre pour vomissements incoercibles, ayant résisté à tous les traitements. Les dernières règles datent du 15 au 18 octobre.

Pas d'antécédents pathologiques appréciables.

Le début des vomissements remonte au commencement du mois de novembre, d'abord alimentaires, en quelques jours ils sont devenus très fréquents.

Le 10 décembre : elle a été obligée de s'aliter. Elle a fait venir successivement 5 médecins et le dernier lui a conseillé d'entrer dans une maison de santé pour qu'on l'isole, car il l'avait isolé chez elle à la maison, et néanmoins malgré cet isolement de cinq jours les vomissements n'avaient fait que diminuer légèrement de fréquence et, pendant ces cinq jours on lui a fait prendre de l'adrénaline.

Examen du 30 décembre. — Malade considérablement amaigrie, à son entrée dans le service elle pesait 54 kilos ; avant sa grossesse elle pesait 72 kilos, elle avait donc perdu 25 % de son poids.

L'haleine sentait l'acétone.

La peau était sèche, les lèvres sèches semblaient desquamer.

Subictère des conjonctives ; léger subictère généralisé.

Sialorrhée abondante. Diplopie.

Pouls à 128. Température 37 degrés.

Constipation opiniâtre. Urines rares, chargées, couleur acajou.

L'asthénie était tellement prononcée que la malade n'avait pas la force de se tenir debout et faisait le moindre mouvement avec beaucoup de peine.

Elle m'a affirmé que depuis un mois et demi c'est à peine si parfois elle pouvait tolérer une cuiller de champagne et un peu de bouillon de légumes.

A son entrée à la Clinique Tarnier la malade continuait toujours à vomir.

On fait d'emblée le traitement habituel de la Clinique Tarnier:

Isolement ;

Psychothérapie;

Bleu de méthylène sur le ventre.

Au bout de la première séance de psychothérapie en quelques heures elle reconnaissait déjà l'effet bienfaisant du bleu de méthylène qui réellement la soulage bien.

Dans l'après-midi elle a vomi trois fois et m'a avoué que la cause des vomissements provenait de ce qu'elle ne s'entendait pas du tout avec sa belle-mère.

Le 31 décembre la malade a vomi deux fois dans la nuit.

La sialorrhée persiste.

Urines rares couleur acajou : 300 centimètres cubes.

Pouls : 130.

Depuis le matin la femme n'a pas eu un seul vomissement, parfois quelques nausées.

Sérum glucosé sous la peau.

Sérum goutte à goutte rectal.

Diète hydrique toute la journée.

Pas de vomissements.

Le 1er janvier je revins voir ma malade.

Pas de vomissements.

Sialorrhée.

Pouls : 120.

Urines : 350 centimètre cubes.

Purgation au sulfate de soude: 30 grammes.

Elle n'a pu la garder, on lui administre la même dose une deuxième fois ; elle l'a vomie de même que la première. On lui administre une troisième dose qu'elle garde.

Traitement réhydratant, sérum sous la peau et goutte à goutte rectal.

Le 2 janvier :

Pouls : 110.

Urines : 450 centimètres cubes.

Pas de vomissements.

La sialorrhée diminue.

On la met d'emblée au régime des bouillies du service et au régime ordinaire.

Le 3 janvier l'ictère a diminué, mais le pouls est toujours haut entre 104 et 110.

Urines : 500 centimètres cubes.

Du 3 au 8 janvier le pouls a oscillé entre 98 et 106.

Les urines de vingt-quatre heures augmentèrent progressivement, l'ictère disparaissait.

Le 9 janvier la sialorrhée a disparu.

Le pouls est à 95.

Les urines : 800 centimètres cubes.

Mais la malade ne peut se tenir debout qu'appuyée.

Rapidement l'état général s'améliore et le 24 janvier elle quitte le service en excellent état, pesant 60 kilos, elle avait donc repris de 6 kilos en 25 jours.

OBSERVATION XXX

(Clinique Tarnier, Service du Professeur Brindeau, en collaboration avec M. Lantuéjoul)

Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

G..., âgée de 21 ans, I-pare, entre à la Clinique Tarnier, le 18 janvier 1928, pour vomissements incoercibles.

Les dernières règles datent du 21 novembre 1927 : vers le 25 décembre elle a commencé à vomir et en quelques jours les vomissements étaient devenus très fréquents. Elle a suivi divers traitements qui sont tous demeurés sans aucun résultat.

Pas d'antécédents pathologiques appréciables.

A l'interrogatoire : je n'ai pas tardé à apprendre que c'était une grossesse qui l'ennuyait énormément parce qu'elle n'était pas encore mariée ; son père a appris qu'elle était enceinte mais sa mère ne le savait pas encore.

Tout en pleurant elle me disait que toutes ces camarades d'un

des grands magasins de nouveautés de Paris allaient la blâmer et finalement elle me dit toujours en pleurant que les jeunes filles peu sérieuses « ont la chance pour elles; elles n'attrapent rien, mais moi pour une fois, je n'ai pas eu de chance ». Que va-t-on penser de moi.

Examen. — Jeune femme considérablement amaigrie, depuis vingt jours elle n'avait pu absorber aucun aliment ni même aucun liquide.

Elle avait maigri de 8 kilos.

Insomnie presque complète depuis le début des accidents.

Constipation opiniâtre.

Sialorrhée abondante.

Léger subictère conjonctival.

Pouls : oscillant entre 90-96.

Urines : foncées avec traces d'albumines.

Isolement. Psychothérapie. Bleu de méthylène sur le ventre, réhydratation énergique sérum glucosé sous la peau, goutte à goutte rectal.

Le premier jour je passai près de deux heures à lui faire de la psychothérapie.

Les vomissements cessèrent le lendemain complètement, son état général s'améliora rapidement et le 28 janvier elle quittait le service en excellent état ayant gagné 3 kilos en dix jours.

En résumé nous voyons que sur un ensemble de 30 observations, il y a 27 cas où l'isolement, la suggestion, le simulacre d'avortement ou d'opération et en général la psychothérapie ont produit des résultats remarquables, ayant pour le moins éliminé ce spectre de l'avortement thérapeutique. La troisième observation de Vallois et Coll de Carrera ne prouve pas comme nous l'avons déjà fait remarquer l'échec de la psychothérapie, il y a eu en réalité une erreur de psychothérapie.

Si, à nos 30 observations, on ajoutait les 15 autres fort intéressantes de la thèse de Beloux, on pourra faire aisément une analyse très détaillée de l'histoire clinique des vomissements incoercibles de la grossesse et la part capitale du pithialisme.

Nous avons essayé de noter dans chaque observation l'épine irritative : crises d'embarras gastrique fréquentes

avec vomissements, maladie de Basedow, fistule à l'anus, etc. etc. Mais, en général, comme l'ont dit Brindeau et Lantuéjoul, il y a peu d'épines irritatives qui ne soient susceptibles d'intervenir chez ces prédisposées au pithiatisme.

Que devons-nous donc conclure quand à la question de l'avortement thérapeutique. Nous allons essayer de résoudre ce problème capital au chapitre suivant du traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

TRAITEMENT. IMPORTANCE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA RÉHYDRATATION DE L'ORGANISME

Nous nous dispensons de faire la critique des diverses méthodes thérapeutiques dressées pour combattre les vomissements graves de la grossesse. Nous nous contenterons de répéter une seconde fois les paroles de Huchard pour le traitement de l'hystérie, en les adaptant aux vomissements incoercibles de la grossesse : Dans la thérapeutique des vomissements graves dits incoercibles de la grossesse tout réussit et rien ne réussit.

En présence d'une femme enceinte atteinte de vomissements graves une première mesure s'impose, elle est capitale et tous les médecins sans excepeion, reconnaissent actuellement son importance.

« Il faut isoler complètement la malade, c'est la base du traitement de tout vomissement grave disent Brindeau et Lantuéjoul ».

Sans isolement rien ne peut être entrepris avec une garantie de succès. Tous les médecins connaissent de trop malheureusement les effets néfastes de l'entourage des malades, les inquiétudes des parents, les on dit de la concierge, le traitement de tel pharmacien ou de tel herboriste conseillé par telle ou telle personne qui souvent font perdre un temps précieux et ne font qu'aggraver le mal ; ces effets de néfastes dans la plupart des affections peuvent parfois devenir mortels dans les vomissements graves. Une fois l'isolement complet obtenu (infiniment préférable dans une maison de santé), on aura recours à une garde intelligente et bien dressée.

« Il y a, un gros intérêt, dit Lantuéjoul, à avoir un personnel au courant de ce qu'on lui demande. Evidemment,

des erreurs de psychothérapie peuvent être faites par un personnel inintelligent ; nous en avons eu des exemples à la Clinique Tarnier. Nous donnons souvent aux femmes une sorte de bouillie dans laquelle nous disons mettre un médicament particulier, sans ne rien faire en réalité. Nous avons ainsi de grands succès. Dernièrement, une équipe du soir à laquelle la malade réclamait son médicament, lui a déclaré qu'on ne mettait jamais aucun médicament dans la bouillie. Il a fallu, le lendemain matin, passer quelques heures pour expliquer à cette malade qu'il y avait eu une erreur ».

Le médecin fera un examen complet, d'abord pour éliminer toute cause d'erreur, ensuite parce que grâce à un examen complet, il accaparera complètement la confiance de sa malade, l'indispensable complément de l'autorité dont il aura besoin plus tard.

Souvent la malade, très méfiante au début, après un examen complet, sera plus rassurée et plus docile. C'est à partir de ce moment qu'on devra alors redoubler de vigilance et tout en examinant la malade ou en faisant un semblant d'examen, poser un interrogatoire complet ; il doit être très délicatement très méthodiquement fait, le médecin fera pour ainsi dire une véritable psychanalyse ; il ne tardera pas à trouver parfois une épine irritative morale, car si la femme qui ne désire pas la grossesse avoue presque toujours qu'elle est ennuyée d'être enceinte, par contre les femmes qui désirent l'avortement savent très bien le dissimuler, du moins le plus souvent.

C'est après un long examen et un interrogatoire complet que le médecin commencera alors à suggestionner la malade. Pour que la suggestion agisse il faut qu'elle soit pratiquée méthodiquement disent Brindeau et Lantuéjoul.

« Voilà la malade isolée, continue Lantuéjoul, vous lui avez inspiré confiance ; il faut lui expliquer qu'on la considère comme une malade, ne pas la brusquer, ne pas lui dire surtout qu'elle est une névropathe et qu'elle n'a rien Il faut la rassurer, lui dire qu'heureusement sa maladie est guérissable, qu'elle est arrivée à un terme où les vomissements vont pouvoir cesser brusquement.

« A la femme intelligente, on fera une explication d'allure scientifique, on lui exposera qu'elle a une sorte de spasme

gastrique entretenu par la fatigue, qu'il lui faut le repos absolu, l'isolement, qu'elle ne doit faire aucune espèce de mouvement, même pour vomir, qu'il est indispensable qu'elle reste dans l'obscurité, que le lumière peut réveiller le spasme gastrique comme les spasmes du tétanos.

« Au contraire, lorsqu'on a affaire à une femme inintelligente, il n'est pas interdit de faire un peu de charlatanisme. Il est bon, dans ces cas, d'avoir une infirmière capable de lui expliquer que vous êtes un spécialiste qui guérit tous les vomissements. En général cela suffit.

« Ces préparatifs sont longs ; il faut parfois des heures d'examen, d'observation avant que vous sentiez la femme en confiance, vous appartenir, prête à croire ce que vous lui dites et faire ce que vous voulez lui faire faire. La première séance est extrêmement importante ; en général, après cette première séance, tout est fini et la femme est guérie.

« Faites apporter un repas soigneusement préparé, un ragoût de mouton soigneusement dosé. Lorsque la femme l'a mangé, si elle a un effort de vomissement, faites lui faire quelques mouvements respiratoires, en lui expliquant que le diaphragme se contractant elle ne pourra pas vomir. Si elle garde son repas, c'est fini.

« Si vous avez l'impression d'une résistance de la femme, si vous ne la sentez pas en absolue confiance, si vous avez peur d'un échec, n'annoncez pas la guérison immédiate ; si cette guérison ne s'est pas produite, vous aurez beaucoup de peine, par la suite, à gagner la confiance de la malade. Annoncez simplement une petite amélioration, retirez-vous et n'hésitez pas à employer d'autres techniques pour frapper son imagination, à « truquer » sa feuille de température et du pouls pour lui montrer qu'elle va mieux, à changer son bocal d'urine pour lui montrer qu'elle a uriné beaucoup plus que la veille et qu'elle va guérir.

« Voilà le traitement uniquement psychothérapique, qui, dans l'immense majorité des cas, réussit. Sans exagération, sur 100 femmes que l'on traite, plus de 90 guérissent à la première séance. »

La suggestion ne doit pas être brusque et énergique, elle peut dans ce cas réussir à arrêter les vomissements graves, mais nous lui préférons de beaucoup la méthode de Lantuéjoul.

Le Lorier (1) dans l'observation rapportée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1924, a employé avec succès, la psychothérapie énergique; nous en détachons le passage suivant :

« L'idée d'une crise pithiatique s'encra alors fortement dans mon esprit et je priai l'entourage de se retirer et de me laisser seul avec la malade et son médecin. Je lui ordonnai alors avec fermeté de tirer la langue, ce qu'elle finit par faire, mais avec une mauvaise volonté évidente. Comme rien dans son état ne justifiait une pareille résistance, il n'y avait pas de doute que nous nous heurtions à un phénomène purement psychologique. J'en eus bientôt une preuve encore plus nette car la jeune femme s'étant insensiblement écartée le plus loin possible du bord du lit près duquel j'étais, je la priai avec fermeté de venir se coucher à plat près de ce bord. Ma demande fut très mal accueillie, la physionomie prit une expression renfrognée très nette; dès lors j'entamai carrément la lutte en priant le médecin traitant lui-même de sortir; la malade céda et vint sans aucune bonne grâce se coucher à l'endroit que je lui avais assigné. Profitant du résultat acquis, je me mis en devoir de lui intimer immédiatement l'ordre de boire un verre de liquide, ce fut alors la résistance ouverte dont je triomphai en lui faisant très nettement comprendre que, si elle ne cédait pas, je lui ferai prendre son verre de liquide bon gré mal gré, au besoin en lui faisant une intubation de l'œsophage et je lui déclarai très nettement qu'elle jouait une comédie intolérable. A ce moment elle se révolta violemment, mais, devant mon injection formelle, elle finit par se décider à prendre en mains le verre que je lui tendais. Toutefois non seulement elle ne l'avala pas mais elle en répandit d'un seul coup le contenu sur le lit. Je ne me tins pas pour battu et, quelques minutes après, vaincue définitivement, elle avalait devant moi un plein verre de citronnade qui fut parfaitement gardé. A partir de ce moment elle n'eut plus que des crises d'effort de vomissements extrêmement espacées et insignifiantes qui avaient complètement disparu au bout de vingt-quatre heures. »

1. Voir notre obs. XIX.

La psychothérapie énergique ne doit être employée que lorsqu'on voit que la psychothérapie telle qu'elle a été préconisée par Lantuéjoul ne réussit pas ; mais ces cas tenaces sont exceptionnels. Dans les trois derniers cas de vomissements incoercibles de la Clinique Tarnier, l'effet salutaire de la psychothérapie a été radical dès la première séance.

Entre deux visites du médecin, la garde ne sera pas inactive et continuera la psychothérapie commencée, elle dira par exemple à la malade n'avoir jamais vu un cas de vomissements résister à ce médecin un grand spécialiste pour les maladies du tube digestif de la femme enceinte, elle l'encouragera de temps en temps en lui disant qu'elle n'est plus jaune que ses yeux deviennent vivants, le lendemain elle lui dira par exemple, même si l'état est stationnaire, que sa transformation est complète et bientôt elle sera méconnaissable autant elle a fait des progrès, etc. ; tous ces petits détails de psychothérapie paraissent puérils mais en réalité ils ont une grande importance.

Le médecin se servira de tout ce dont il peut disposer pour frapper l'imagination de la malade ; à la Clinique Tarnier on se contente de leur faire passer du bleu de méthylène sur le ventre ou une vessie de glace sur le creux de l'estomac en leur expliquant qu'ainsi leur estomac ne se contractera pas. A défaut d'appareillage médical électrique fonctionnant ou ne fonctionnant pas, comme dans le cas de Doléris rapporté dans la thèse de Beloux, on se servira d'un appareil quelconque d'oxygénothérapie; un appareil à tension artérielle (Pachon, Vaquez), etc

Presque toujours la première séance de psychothérapie bien faite, suffit pour arrêter les vomissements. Il ne faut pas craindre de prolonger de quelques jours la durée de l'isolement, car les récidives ne sont pas exceptionnelles.

Si cette première séance de psychothérapie n'arrête pas les vomissements le médecin ne doit pas hésiter à suspecter chez sa malade les deux hypothèses suivantes :

Ou la malade est fort ennuyée d'être enceinte ;

Ou encore elle désire franchement l'avortement.

Dans ces deux cas, la psychothérapie sera différente. Si la malade pour un motif quelconque est ennuyée du fait de sa grossesse, elle peut souvent être persuadée qu'elle vomit parce

qu'elle est enceinte et que la cause est dans l'utérus. Le médecin, dans ce cas dira à la malade, par exemple : du moment que les vomissements ne se sont pas arrêtés c'est qu'il y a une cause en rapport avec sa grossesse et son utérus et une petite opération, bénigne d'ailleurs, s'impose et arrêtera sûrement les vomissements.

Ce genre d'intervention explique la guérison par la méthode de Copeman, les cautérisations du col, l'insensibilisation du col, la dilatation du col, les opérations annexielles, etc., etc.

Bien entendu, on simulera une opération quelconque.

Si, par contre, comme dans la seconde hypothèse, la femme désire franchement l'avortement ; ou le médecin se sent l'autorité nécessaire, comme M Devraigne (1) pour affirmer à la malade qu'il ne l'avortera pas ou mieux encore est-il plus sûr de s'adresser à l'avortement simulé quoique Brindeau et Lantuéjoul ne recommandent pas spécialement cette méthode.

En présence d'une femme désirant l'avortement il n'est pas nécessaire de prononcer le mot d'avortement, quand on veut faire le simulacre d'avortement ; il est préférable qu'on lui dise par exemple . « Eh bien puisque vous voulez qu'on vous avorte, soit, mais il faut d'abord vous remonter un peu et demain nous ferons l'opération pour arrêter l'évolution de votre grossesse, la cause des vomissements. »

Le simulacre d'avortement provoquera toujours l'arrêt des vomissements dans les cas rebelles à la psychothérapie ordinaire, surtout lorsque la femme ne cache pas son désir qu'on l'avorte. Plus tard, lorsque la femme guérie verra sa grossesse continuer à évoluer, le médecin, pour se mettre à l'abri, pourra lui dire : En effet je vous avais fait une opération pour arrêter la marche de la grossesse, j'ai effectivement endormi le fœtus, j'ai arrêté votre grossesse pendant quelques jours, juste le temps pour vous guérir de vos vomissements, etc.

La psychothérapie est le traitement de base, le traitement spécifique antipithiatique des vomissements graves, mais il existe un deuxième traitement qui, dans certains cas, peut

1. Voir obs. XXVI.

être plus important que le traitement spécifique originel, c'est le traitement des troubles secondaires au pithiatisme, les troubles dus à la déshydratation et à l'inanition de l'organisme.

Brindeau et Lantuéjoul ont posé la question suivante : « Les vomissements incoercibles pithiatiques peuvent-ils aboutir à la mort? » Ils ont répondu par l'affirmative.

Quel est l'être humain qui pourrait subir impunément un jeûne de quarante, cinquante ou soixante-dix jours. Les plus habiles professionnels du jeûne comme nous le dit Richet dans son livre de *Physiologie* ont pu résister dix jours (Cetti), vingt-et-un jours (Succi), trente jours (Succi) ; Richet élimine le jeûne du maire de Cork qui résista soixante-dix jours, car il est difficile d'affirmer qu'on ne lui fit ingérer aucun aliment. Merlatti, le plus intrépide des jeûneurs, a pu résister cinquante jours et a perdu 27 % du poids de son corps.

Une perte de poids aux environs de 27 %, soit de 25 à 30 % doit être considérée comme celle correspondant à la période d'inanition prémortelle.

Notre malade de l'observation XXIX avait perdu 25 % de son poids ; néanmoins, elle a guéri par la psychothérapie.

Je me rappelle le cas d'une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles, dont les vomissements duraient depuis deux mois et demi ; son poids habituel était de 91 à 92 kilos. En deux mois et demi elle avait maigri de 34 kilos; elle avait donc perdu 37 % du poids de son corps en soixante-quinze jours.

Bien entendu, cette malade pendant deux mois et demi n'avait pu tolérer aucune alimentation. Elle est morte.

Je crois que cette femme est morte d'inanition et Merlatti même n'aurait pu mieux s'en tirer.

En général, on peut dire pour le pronostic des vomissements incoercibles de la grossesse. Un pouls à 140 avec ictère, oligurie, asthénie et une perte de poids de 25 à 30 % constituent par leur réunion un très fâcheux pronostic.

Ces signes aussi graves on ne les verra jamais réunis dès le vingtième ou même le trentième jour des vomissements incoercibles. Un médecin averti ne devra jamais les consta-

ter, car ils sont dus uniquement à une période d inanition assez prolongée.

En présence d'un cas où le début des vomissements est antérieur à quatre ou cinq semaines ; en dehors de la psychothérapie, spécifique du pithiatisme, il y a un autre traitement plus urgent qui s'impose c'est le traitement de la réhydratation énergique.

Je me rappelle toujours la leçon de mon maître Lejars, tout à fait au début de mes études médicales. Nous parlant du traitement général des fortes hémorragies, il nous disait en faisant allusion à un chinois : « Cet homme qui avait perdu une quantité énorme de son sang ; il était aussi pâle et blanc que le drap (en l'indiquant du doigt).

Certains médecins lui auraient peut-être fait 300 ou 500 centimètres cubes de sérum intraveineux. Que peuvent représenter 500 centimètres cubes de sérum, puisqu'ils sont éliminés rapidement ; je lui fis faire 5 litres de sérum par les différentes voies et il a vécu... jusqu'au soir, sans aucun accident d'œdème pulmonaire qu'on pourrait incriminer au sérum.

« C'est par litres qu'il faut leur faire du sérum, et dans plusieurs cas notre maître Lejars nous affirma qu'il fit faire 4, 5 litres de sérum par toutes les voies : intraveineuses sous-cutanées et même, si j'ai bonne mémoire, dans un cas il fit faire 7 litres de sérum en vingt-quatre heures.

Pourquoi ne ferions-nous pas de même pour combattre les troubles de déshydratation intense des vomissements incoercibles de la grossesse.

Une femme normale élimine en général par les divers émonctoires, urines, fèces, poumons, peau, près de 2 litres d'eau par jour.

C'est dans les environs de cette dose qu'il faudrait de l'eau aux femmes enceintes déshydratées par les vomissements graves.

De même que nous voyons les effets miraculeux de l'hydrothérapie sous-cutanée à dose massive dans les entérites à formes graves des nourrissons, nous devrions essayer de combattre la déshydratation provoquée par les vomissements incoercibles par des doses massives de 2 litres de sérum au moins par la voie sous-cutanée en 24 heures.

L'alimentation rectale n'est pas suffisante. L'alimentation par le tube d'Einhorn est infiniment supérieure et elle est à conseiller dans les cas où plusieurs séances de psychothérapie n'ont pas arrêté les vomissements, mais ces cas sont relativement rares et, dans tous les cas, cette méthode doit être placée au même rang que le traitement réhydratant.

D'autre part, comme la constipation est opiniâtre, l'emploi des purgatifs salins est indiqué. A la Clinique Tarnier on leur donne 30 grammes de sulfate de soude, une, deux et même trois fois jusqu'à tolérance.

D'autre part, l'emploi de l'adrénaline, de l'urotropine, du chloral, de la morphine, des traitements alcalins pour combattre l'acidose, etc.,etc., pourront rendre des services appréciables, mais ce sont là des médicaments symptomatiques tout à fait au deuxième plan et ne devront jamais dispenser de la psychothérapie et de la réhydratation énergique.

En résumé, nous pouvons dire que les vomissements incoercibles au début doivent guérir infailliblement après une ou deux séances de psychothérapie bien faite. Dans ces cas, jamais la question de l'avortement thérapeutique n'aura de chances d'être posée.

Si, malheureusement, on est appelé tardivement à une période où les troubles d'inanition et de déshydratation sont très prononcés, tellement avancés que la réhydratation la plus énergique n'a pas de chance de réussir (à cause bien entendu des lésions organiques probablement microscopiques dues à l'inanition), on a le devoir de poser la question de l'avortement thérapeutique car, comme disent Brindeau et Lantuéjoul « On n'a pas le droit de priver les malades de cette dernière chance de guérison ».

CONCLUSIONS

I. — Les vomissements incoercibles de la grossesse sont toujours d'origine pithiatique et il y a peu d'épines irritatives qui ne soient susceptibles d'être la cause de l'apparition de phénomènes pithiatiques surajoutés et de transformer les vomissements bénins en vomissements graves.

II. — Les épines irritatives peuvent parfois revêtir l'aspect de véritables lésions organiques (tumeur cérébrale, appendicite, urémie, etc.. etc) susceptibles à elles seules de provoquer des vomissements et pourraient faire croire à l'existence de vomissements incoercibles organiques. Si l'isolement et la psychothérapie associés au traitement de l'épine irritative organique ne réussissent pas, il y a peu de chances que l'avortement thérapeutique réussisse mieux à arrêter l'évolution de ces vomissements.

III. — Les vomissements graves incoercibles, aboutissant aux signes d'intoxication et à l'avortement thérapeutique n'existent pas chez des femmes enceintes suivies dès le début de leur grossesse par des accoucheurs avertis de l'origine pithiatique de ces vomissements.

IV. — Tous les signes dits d'intoxication ne sont, en réalité, que des signes d'inanition et l'amaigrissement, les troubles nerveux et la mort par vomissements incoercibles sont tout à fait comparables à l'amaigrissement, aux troubles nerveux et à la mort par inanition.

V. — Tous les traitements employés contre les vomissements incoercibles, en dehors de la psychothérapie, réussissent uniquement par suggestion ; n'étant pas spécifiques du pithiatisme, ils risquent souvent d'échouer et n'arrêtent pas l'évolution des vomissements d'une façon rapide.

VI. — Le seul traitement spécifique des vomissements incoercibles de la grossesse, c'est la psychothérapie. La

réhydratation énergique et massive de l'organisme pourra passer au premier plan en cas d'inanition prolongée.

VII. — L'avortement thérapeutique, dernière ressource, ne devra être tenté que lorsque les troubles d'inanition sont très prononcés. L'association d'un amaigrissement de 25 à 30 % du poids primitif, un pouls à 140 et de l'ictère constituent une triade indiquant formellement l'avortement thérapeutique dernière chance de salut.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Anonfriew*. — Rôle thérapeutique de l'hypnose dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Journ. d'acc. et de gyn., juillet-août 1900).
2. *Ahlfeld*. — Centralblatt f. Gynec., 1891, n° 17.
3. *Austin*. — On the iso-serum treatment of the incoercible vomiting of pregnancy (Med. Rec. N.-Y., 1914, 705-707).
4. *Bar, Brindeau et Chambrelent*. — La pratique de l'art des accouchements, 1914.
5. *Bar*. — Leçons de pathologie obstétricale.
6. — Vomissements gravidiques (Bulletin Médical, 1908).
7. *Basset*. — Vomissements incoercibles chez les hystériques. Thèse de Paris, 1887.
8. *Baudoin*. — Thèse de Paris, 1913.
9. *Beloux*. — De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves de la grossesse. Thèse de Paris, 1913.
10. *Brindeau et Lantuéjoul*. — Quelques réflexions sur les vomissements incoercibles de la femme enceinte (Paris Médical, 21 juin 1924).
11. *Brindeau*. — La médication adrénalinique dans les vomissements de la grossesse. Paris, 1921. Vigot frères, 40 p., 8.
12. *Brindeau, Chomé, Ecalle, Jeannin, Metzger et Vaudescal*. — La pratique de l'art des accouchements, 1927.
13. *Brindeau Metzger et Vaudescal*. — Vomissements graves de la grossesse (In pratique de l'art des accouchements-t. II, p. 107, 1927).
14. *Brindeau, Cathala, Champy, Chomé, Ecalle, Lantuéjoul*. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 3e année, 1926,
15. *Canouet*. — Thèse de Paris, 1923.

16. *Cathala et Biacani.* — Vomissements incoercibles de la grossesse avec acidose. Echec du traitement hydrocarboné adrénaliné. Avortement thérapeutique. Troubles psychiques (Gynécologie, Paris, 1922, 615).

17. *Chambrelent et Cathala.* — Les vomissements incoercibles de la grossesse (In traité de Bar, Brindeau et Chambrelent, 1914).

18. *Cobart-Danneville.* — De l'entraînement respiratoire spiroscopique dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse Paris, 1919.

19. *Cohen-Solal.* — Vomissements gravidiques. Assimilation aux phénomènes de choc. Désensibilisation thérapeutique. Thèse de Paris, 1926.

20. *Delagénière.* — Vomissements incoercibles de la grossesse et appendicite (Gaz.de Gynécologie, Paris, 1924, 145-154).

21. *Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'accoucheur, 1924.

22. *Doleris.* — Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 9 janvier 1890, 16 avril 1896, 10 janvier 1910.

23. *Faugère et Balard.* — De l'avortement spontané au cours des vomissements graves de la grossesse traités par la sérothérapie (Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc., Paris 1914, 415-417).

24. *Ferru.* — L'ictère dans les vomissements graves de la grossesse. Thèse Paris, 1926.

25. *Fieux.* — Congrès nation. de Gyn. d'Obst. et de Péd., Toulouse, sept. 1910.

26. *Fieux et Mauriac.* — De la possibilité d'une toxémie villeuse dans les premiers mois de la gestation (Ann. de Gyn. et d'Obst., février 1910).

27. *Gley.* — Traité de Physiologie, 1918.

28. *Guéniot.* — Les vomissements graves de la grossesse. Thèse d'agrégation, 1863.

29. — Archives de Tocologie, oct. 1889.

30. — Sérothérapie dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Paris Médical, 1911-1912, 554-57).

31. *Guerbé.* — L'ictère émotif, manifestation hystérique. Thèse Paris, 1898.

32. *Guitierrez Alfaro.* — Un caso de vomitos incoercibles del embarazo tratado por la psicoterapie (Bol. de los hosp. Caracas, 1924-25).

33. *Harding et Van Wyck.* — The use of fluids in the treatment of hyperemesis gravidarium (Ann. J. Obst. et Gynéc., Saint-Louis, 1926).

34. *Hurst.* — La nature hystérique des vomissements graves (Presse Médicale, 1922, p. 496).

35. *Kaltenback.* — Ubber hyperemesis gravidarium (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1891, Bd. XXI, Hft. I).

36. *Klein.* — Zeitsch. f. Geb. und Gyn., 1898. Bd. XXXIX, Hft. I).

37. *Laborderie.* — Sur un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traités et guéris par l'électricité (Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1915, 103).

38. *Lacourbas.* — Thèse de Paris, 1918.

39. *Lantuéjoul.* — Vomissements graves de la grossesse et psychothérapie (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 3e année, 1926).

40. *Le Gendre.* — L'inanition (In traité de Médecine. Charcot, Bouchard, Brissaud).

41. *Lehman.* — Le traitement opothérapique des vomissements de la grossesse (Revue franç. de Gyn. et d'obst. Paris, 1925, 485-96).

42. *Le Lorier.* — Traitement des vomissements graves de la grossesse par les injections de sérum de femme enceinte normale (Comm. à l'Académie de Méd., 25 juill. 1911).

43. — Une observation de pseudo-vomissements graves de la gestation d'origine pathiatique (Soc. d'Obst. et de Gyn. Paris, 1924).

44. *Lépine.* — Article « Inanition » dans le Dictionnaire Jaccoud, t. XVI.

45. *Leven.* — Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse ? (Bull. et Mém. de la Soc. de Thérapeutique, 1922.)

46. *Leven et Coulert.* — Vomissements incoercibles de la grossesse traités à la veille de l'avortement décidé et guérison (Extrait du Bull. de la Soc. de Thérap., 11 nov. 1925).

47. *Levy (L.).* — Hyperemesis gravidarum treated with apothesine (Therap. Gaz., Detroit, 1920, 17).

48. *Levy (G.).* — Osservazioni sulla emoterapia dell iperemesi gravidica (Gynecol. Mod., Genova, 1915, 104-108).

49. *Levy-Solal, Dalsace et Cohen-Solal.*— Vomissements incoercibles de la grossesse, recherches expérimentales au moyen d'extraits placentaires. Phénomènes de choc (Compte rendu Soc. Biol. Paris, 1926, 526).

50. *Luez.* — Trait. des vomissements graves de la grossesse bénins et graves reconnus d'origine nerveuse. Thèse Paris, 1893.

51. *Malet.* — Débilité gastrique et vomissements incoercibles. Thèse Paris, 1919.

52. *Marcou.* — De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse Paris, 1878.

53. *Mathieu et Roux* (*J. Ch.*). — Pathologie gastro-intestinale, 1909.

54. *Mettey* (*P.*). — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1904.

55. *Mettler.* — Journal of Amer. Medic. Asso., févr. 1892.

56. *Morival.* — Thèse de Paris, 1883.

57. *Perilliat.* — Thèse de Paris, 1909.

58. *Perrin.* — Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec des lésions du système nerveux. Thèse de Paris, 1910.

59 *Pescher* (*J.*). — Traitement des vomissements névro-toxiques graves et particulièrement des vomissements incoercibles de la grossesse par la ventilation pulmonaire intensifiée (Bull. Acad. de méd. Paris, 1921, 43-48).

60. *Potocki.* — Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd.; 10 janv. 1910 et Bull. de la Soc. d'obst. et de Gynécologie. Discussion, 1921.

61. *Rathery et Bordet.* — Vomissements incoercibles de la grossesse et médication adrénalique (Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. de Paris, 1919, 778-784).

62. *Rathery.* — L'adrénaline dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Gynécologie, Paris, 1922, 614).

63. *Reville* (*P.*). — Grossesse et Hystérie. Thèse de Paris, 1891.

64. *Ribemont-Dessaignes et Lepage.* — Traité d'Obstétrique, 8e édition.

65. *Ricard.* — Dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1895.

66. *Richet (Th.).* — Traité de Physiologie Médico-Chirurgicale, 1921.

67. *Ruiz Viso.* — Tratamiento de los vomitos incoercibles del embarazo por las injecciones de suero normal de mujer embarazada (Gac. méd. de Caracas, 1924, 372).

68. *Severac (Raitsis).* — Arrêt des vomissements incoercibles par dilatation du col de l'utérus par des tiges de laminaires avant l'expulsion de l'œuf. Thèse de Paris, 1907.

69. *Siredey.* — Bull. Soc. d'Obst., 1922.

70. *Sergent et Lian.* — Du rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Presse Médicale, 11 déc. 1912).

71. *Terrien.* — Vomissements incoercibles de la grossesse (Arch. de Neurol., 1897).

72. *Thierry.* — Traitement des vomissements de la grossesse par les injections de sérum de mari (Normandie Méd., Rouen, 1923, 163).

73. *Tison.* — Syndrome d'inanition et carence alimentaire. Thèse de Paris, 1921.

74. *Tisserand.* — Du vomissement nerveux. Thèse de Paris, 1894.

75. *Titus.* — Hyperemesis gravidarium treatment by intravenous injections of glucose and carbohydrate feedings (J. Am. M. Assoc. Chicago, 1923, 488-494).

76. *Vallois et Coll de Carrera.* — Trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., 1925).

77. *Van de Putte.* — L'alimentation duodénale dans les vomissements incoercibles de la grossesse (Progrès Méd., Paris, 1926, 1371).

78. *Vaudescal et Heuyer.* — Vomissements incoercibles au sixième mois de la grossesse sous la dépendance d'une tumeur cérébelleuse en évolution (Bull. Soc. et de Gyn. de Paris, 1920, 345-48).

79. *Vayssière.* — Deviation du complément et grossesse. Thèse de Montpellier, 1912.

80. *Voron.* — Réflexion sur un cas de vomissements graves de la grossesse suivi de mort (Bull. Soc. d'Obstr. de Paris, 1914).

81. *Widal, Abrami et Bressaud.* — Etude sur certains phéno-

mènes de choc observés en clinique (Presse Médicale, 3 avril 1920).

82. *Whitridge Williams.* — Americ. Gynec (Société, 1905).

83. *Winter.* — Die psychologene Aetiologie der Hyperemesis gravidarium (Zentrabl. f.Gynak. Leipzig.,1919, 177-183).

84. *Wood.* — Pernicious vomiting of pregnancy with acetonuria and its trratment with large doses of sodum bicarbonate (Med. Century N.-Y. Laucaster Pa., 1913, 129-131).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. 9

HISTORIQUE. EVOLUTION DES DIVERSES CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES 11

Théorie réflexe. 13

Théorie toxique. 16

Théorie du choc. 21

Théorie nerveuse. Historique. 21

Existe-t-il des signes d'intoxication. Critique de la valeur de ces signes dits d'intoxication. Arguments plaidant en faveur du pithiatisme. 37

OBSERVATIONS. 41

TRAITEMENT. IMPORTANCE DE L'ISOLEMENT, LA PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA RÉHYDRATATION MASSIVE DE L'ORGANISME. 75

CONCLUSIONS 84

BIBLIOGRAPHIE. 86

8074 — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 2-1928